

**TESIS**

**GAMBARAN *POST TRAUMATIC STRESS DISORDER* (PTSD)  
PADA PERAWAT PENYINTAS 2 TAHUN PASCA BENCANA  
GEMPA BUMI PALU SULAWESI TENGAH**



**SUPRATABA  
R12181018**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2021**

**GAMBARAN *POST TRAUMATIC STRESS DISORDER* (PTSD)  
PADA PERAWAT PENYINTAS 2 TAHUN PASCA BENCANA  
GEMPA BUMI PALU SULAWESI TENGAH**

**Tesis**

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mendapatkan Gelar Magister  
Keperawatan Fakultas Keperawatan**

**Disusun dan diajukan oleh**

**SUPRATABA  
R012181018**

**Kepada**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2021**

**TESIS**

**GAMBARAN *POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)*  
PADA PERAWAT PENYINTAS 2 TAHUN PASCA BENCANA  
GEMPA BUMI PALU SULAWESI TENGAH**

Disusun dan diajukan oleh

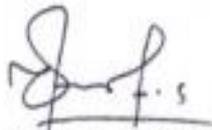
**SUPRATABA**

**Nomor Pokok: R012181018**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
Pada Tanggal 16 April 2021  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

**Menyetujui**

**Komisi Penasihat,**



**Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si**  
NIP. 19680421 200112 2 002



**Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes**  
NIP. 19780421 200112 1 002

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan,



**Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes.**  
NIP. 19740422 199903 2 002



Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin,

**Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si**  
NIP. 19680421 200112 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini ;

Nama : Suprataba  
NIM : R012181018  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Jenjang : S2  
Fakultas : Keperawatan

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul;

"Gambaran *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)* Pada Perawat Penyintas 2 Tahun Pasca Bencana Gempa Bumi Palu Sulawesi Tengah"

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain, bahwa Tesis yang saya tulis ini benar benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan Tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Makassar, 16 April 2021

Yang Menyatakan,

  
Suprataba

## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

*Alhamdulillah Robbil alamin*, tiada kata yang pantas peneliti ucapkan selain puji dan syukur ke hadirat Allah Subhanahu wa Ta'ala atas rahmat, kemudahan serta pertolongan-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Gambaran *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)* Pada Perawat Penyintas 2 Tahun Pasca Bencana Gempa Bumi Palu Sulawesi Tengah”. Penulisan penelitian ini merupakan syarat penyelesaian tugas akhir dan disusun berdasarkan hasil kajian dari berbagai sumber referensi.

Tesis ini Penulis persembahkan untuk orang-orang tercinta yang senantiasa memberikan dukungan moril, materil dan doa tulus serta perhatian yang tak terhingga. Spesial untuk orang tua tersayang bapak Tajuddin Dg. Sitaba dan ibu Muliati Dg. Sanga, haturan terima kasihku atas kasih sayang dan doa sehingga penulis dapat melewati segala hambatan dan rintangan dalam penyelesaian tugas ini. Dan juga untuk isteri tercinta Sukmawati dan anak-anakku tersayang yang selalu memberikan doa, dukungan dan motivasi yang selalu mengiringi selama Penulis menjalani pendidikan.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, namun demikian penulis telah berupaya dengan segala kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki sehingga tesis ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun dari pembaca sangat berarti bagi penulis. Penulis juga menyadari bahwa tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Prof. Dr. Dwia A. Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, sekaligus Pembimbing Utama
3. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin

4. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si. selaku pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu dengan tulus dan ikhlas membimbing dan mendukung dalam penyelesaian tesis ini
5. Bapak Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Pembimbing Pendamping yang telah meluangkan waktu dengan tulus dan ikhlas membimbing dan mengarahkan penulis
6. Para Dewan Penguji Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,PhD, ibu Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes dan bapak Syahrul, S.Kep.,Ns.,M.Kes., Ph.D yang telah banyak memberikan masukan serta saran dalam penyusunan tesis ini
7. Para Dosen PSMIK dan staf, terkhusus untuk ibu Damaris Pakatung yang selalu membantu dalam proses pendidikan dan penyelesaian tugas akhir Penulis
8. Semua pihak yang tidak dapat Penulis sebutkan satu-persatu, terkhusus sahabat tersayang Muhammad Al Amin R. Sapeni, Aco Mursyid, Sukrang, Supirno, Fahrizal, dan I Wayan Sugita serta rekan-rekan seperjuangan di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah berperan dalam penyusunan tesis ini
9. Seluruh partisipan yang telah turut berpartisipasi dalam penelitian ini  
Akhit kata, semoga hasil penelitian ini dapat menjadi sumber referensi bagi insan akademik dan memberikan manfaat bagi para pembaca. Amin.

Makassar, 16 April 2021

Penulis,

Suprataba

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR SKEMA .....	xi
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
ABSTRAK .....	xiv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
E. Ruang Lingkup Penelitian .....	6
F. Originalitas Penelitian .....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	8
A. Algoritma Penelitian .....	8
B. Tinjauan Literatur .....	9
C. Kerangka Teori .....	47
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN DEFINISI OPERASIONAL .....	48
A. Kerangka Konseptual .....	48
B. Definisi Operasional .....	49
BAB IV METODE PENELITIAN .....	52
A. Desain Penelitian .....	52
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	52
C. Populasi dan Sampel .....	53
D. Metode Pengolahan dan Analisa Data.....	58

E. Etika Penelitian .....	59
F. Alur Penelitian .....	61
BAB V HASIL PENELITIAN .....	62
A. Gambaran Umum Penelitian .....	62
B. Penyajian Data Primer .....	63
BAB VI PEMBAHASAN .....	74
A. Diskusi Hasil .....	74
B. Implikasi dalam keperawatan .....	79
C. Keterbatasan penelitian .....	80
BAB VII KESIMPULAN .....	81
DAFTAR PUSTAKA .....	82
LAMPIRAN – LAMPIRAN .....	96

## DAFTAR TABEL

2.1 <i>Diagnostic Criteria</i> PTSD .....	21
2.2 Asuhan Keperawatan PTSD .....	32
3.1 Definisi Operasional .....	49
4.1 <i>Time Schedule</i> Penelitian .....	52
4.2 Estimasi jumlah sampel setiap rumah sakit .....	55
5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat Penyintas Berdasarkan Data Demografi .....	63
5.2 Gejala PTSD Pada Perawat Penyintas .....	64
5.3 Hasil <i>Screening</i> PTSD pada perawat penyintas .....	66
5.4 Frekuensi Gejala PTSD pada Perawat Penyintas yang terskrining Mengalami PTSD .....	66
5.5 Frekuensi gejala PTSD pada Perawat Penyintas yang terskrining Mengalami PTSD.....	68
5.6 Karakteristik Responden berdasarkan Item Gejala Tertinggi .....	70
5.7 Korelasi antara Variabel Karakteristik Responden dengan Kejadian PTSD .....	72

## DAFTAR GAMBAR

2.1 Kerangka Teori PTSD.....	47
------------------------------	----

## DAFTAR SKEMA

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian .....	48
4.1 Alur Penelitian .....	61

## DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

EM-DAT	: Emergency Events Database
BNPB	: Badan Nasional Penanggulangan Bencana
WHO	: World Health Organization
CRED	: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters
PTSD	: Post Traumatic Stress Disorder
NACP	: National Center for PTSD
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual
APA	: American of Psychiatric Association
APA	: American of Psychological Association
MDD	: Major Depressive Disorder
PCL	: PTSD <i>Checklist</i>
CAPS	: Clinician Administered PTSD Scale
PPDGJ	: Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa
ASR	: Acute Stress Respon
ASD	: Acute Stress Disorder
CBT	: Cognitive Behavior Therapy
CPT	: Cognitive Processing Therapy
EMDR	: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
PE	: Prolonged Exposure Therapy
NACBT	: National Association of Cognitive Behavioral Therapist
GAD	: Generalized Anxiety Disorder
OCD	: Obsessive Compulsive Disorder
PD	: Panic Disorder
SSRI	: Selective Serotonin Re-uptake Inhibitor
MAOI	: Monoamine Oxidase Inhibitor
SR	: Skala Richter

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Permohonan Menjadi Responden .....	96
Lampiran 2 Persetujuan Sebagai Responden .....	97
Lampiran 3 Kuesioener Penelitian .....	98
Lampiran 4 Instrumen Asli PTSD <i>Checklist</i> (PCL-5) .....	101
Lampiran 5 Uji Validitas dan Realibilitas PCL-5 Versi Indonesia .....	103
Lampiran 6 Master Tabel .....	105
Lampiran 7 Analisis Data Kuantitatif .....	108
Lampiran 8 Permohonan Etik Penelitian .....	151
Lampiran 9 Rekomendasi Etik Penelitian .....	152
Lampiran 10 Permohonan Penelitian ke Rumah Sakit .....	153
Lampiran 11 Rencana Anggaran Biaya (RAB) Penelitian .....	164
Lampiran 12 Algoritma Pencarian Artikel .....	165

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Gempa bumi saat ini dilaporkan sebagai bencana alam yang dapat menimbulkan masalah mental berupa gejala PTSD pada perawat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran PTSD dikalangan perawat penyintas 2 Tahun Pasca bencana gempa bumi Palu. **Metode:** Penelitian menggunakan metode Kuantitatif Non Eksperimental dengan desain Descriptive Cross-sectional Study. Teknik purposive sampling digunakan untuk mendapatkan 308 sampel proporsional pada 7 rumah sakit di Kota Palu. Instrumen yang digunakan untuk mengetahui kejadian PTSD adalah DSM-5 (PCL-5) yang terdiri dari 20 item pertanyaan. Analisis deskriptif dan uji korelasi koefisien kontingensi digunakan untuk mengetahui gambaran PTSD dan hubungan terhadap variabel demografi responden. **Hasil:** Studi menunjukkan bahwa ditemukan 36 (11,7%) responden mengalami PTSD dengan gejala yang paling banyak dialami adalah re-experiencing sebesar 57,1% dan avoidance sebesar 52,9%. Tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan, jabatan pekerjaan, tempat bekerja dan lama kerja dengan kejadian PTSD dengan nilai signifikansi rata-rata  $>0,05$ . Semua variabel demografi responden berkorelasi lemah terhadap kejadian PTSD dengan nilai  $r$  0,002–0,109. **Kesimpulan:** 2 tahun pasca gempa bumi Palu ditemukan PTSD pada perawat penyintas dengan gejala berupa re-experiencing, avoidance, negative alternations in mood and cognition dan hypearousal. Dengan temuan ini, maka perlu upaya peningkatan ketahanan diri bagi perawat dalam menghadapi bencana. Tindakan pencegahan dan pemberian dukungan psikologis perlu diperhatikan oleh pihak rumah sakit dalam rangka mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup pada perawat penyintas yang terdampak bencana.

**Kata Kunci:** Gempa Bumi, Perawat Penyintas, PTSD

## **ABSTRACT**

**Background:** Earthquakes are currently reported as natural disasters that can cause mental problems in the form of PTSD symptoms in nurses. This study aims to determine the description of PTSD among survivors nurses 2 years after the Palu earthquake disaster. **Methods:** The method in this study is a non-experimental quantitative study with a descriptive cross-sectional study design. Purposive sampling technique was used to obtain 308 proportional samples at 7 hospitals in Palu City. The instrument used to determine the incidence of PTSD was the DSM-5 (PCL-5) which consisted of 20 question items. Descriptive analysis and correlation test of the contingency coefficient were used to determine the description of PTSD and the relationship to the demographic variables of respondents. **Results:** The study showed that it was found that 36 (11.7%) respondents experienced PTSD with the most symptoms being re-experiencing 57.1% and avoidance at 52.9%. There is no significant relationship between the variables age, sex, education, marital status, employment status, job title, place of work and length of work with the incidence of PTSD with an average significance value  $> 0.05$ . All of the respondents' demographic variables were weakly correlated with the incidence of PTSD with a value of  $r$  0.002-0.109. **Conclusion:** Two years after the Palu earthquake, PTSD was found in survivor nurses with symptoms in the form of re-experiencing, avoidance, negative alternations in mood and cognition and hypearousal. With these findings, it is necessary to increase self-defense for nurses in dealing with disasters. Hospital authorities need to pay attention to preventive measures and provide psychological support in order to reduce symptoms and improve the quality of life for survivors of the disaster.

**Keywords:** Earthquake, Survivor Nurse, PTSD

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Gempa bumi dilaporkan sebagai bencana alam yang paling banyak mengakibatkan korban jiwa dan menimbulkan masalah kesehatan secara global (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, 2018). Dilaporkan di seluruh dunia, di tahun 2017 dan 2018 tercatat 820 gempa bumi, dengan 11.804 kematian dan lebih dari 68 juta orang terkena dampak.. Di tahun 2019 gempa bumi terjadi sebanyak 1.637 kali dengan magnitude antara 5,0-8,0 SR dan menewaskan ratusan ribu orang. Asia mengalami dampak tertinggi dengan 45% dari peristiwa bencana, sebanyak 80% kematian, dan 76% orang terkena dampak. Indonesia merupakan negara peringkat ketiga mengalami korban jiwa terbanyak dibawah Cina dan Haiti yaitu sebanyak 876.478 korban jiwa (U.S Geological Survey, 2019). Survey yang dilakukan di Eropa, antara tahun 2000-2017 dari 891 bencana alam, 34 adalah gempa bumi dengan rata-rata berkekuatan 5,7 SR yang mengakibatkan 701 kematian, 257.303 orang terkena dampak dan 3.103 orang terluka. (Emergency Events Database, 2018).

Di Indonesia, Bencana alam berupa gempa bumi rata-rata terjadi 5.000 kali dalam setahun. Kejadian gempa bumi tahun 2017 meningkat menjadi 7.000 kali dan sebanyak 11.920 kali pada tahun 2018 (BMKG, 2018). Data Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) merilis jumlah seluruh peristiwa bencana alam di Indonesia pada tahun 2017 sebanyak 2.766 diantaranya adalah gempa bumi sebanyak 20 peristiwa. Pada tahun 2018 peristiwa bencana alam meningkat dengan jumlah total 3.397 peristiwa dimana bencana gempa bumi sebanyak 28 peristiwa dan tsunami sebanyak 1 peristiwa (BNPB, 2017). Tercatat frekuensi kejadian krisis kesehatan masih didominasi oleh bencana alam sebanyak 141 kejadian (72%) (Kemenkes R.I, 2017).

Tanggal 28 September 2018 terjadi gempa bumi berkekuatan 7,4 SR melanda Kota Palu Sulawesi Tengah. Meskipun gempa bumi hanya berkekuatan 7,4 SR, namun gempa tersebut memicu terjadinya tsunami dan

likuifaksi. Dampak dari peristiwa gempa bumi menewaskan lebih dari 4.402 orang, 44.380 orang luka berat, 83.122 orang luka ringan, ribuan orang dinyatakan hilang dan ratusan ribu orang kehilangan tempat tinggal serta beberapa wilayah di Palu seluruhnya rata dengan tanah (Tandigala, 2019).

Seperti yang dikatakan Allen et al (2018) akibat terjadinya gempa bumi bukan hanya berdampak pada aspek fisik dan sosial, tetapi dapat pula berdampak pada kondisi psikologis baik pada individu, keluarga maupun komunitas. Data lain dari survey pasca bencana yang dilakukan di Afrika, Asia, Eropa dan Timur Tengah melaporkan korban bencana yang selamat mengalami 15-20% gangguan mental ringan dan sedang yang merujuk pada kondisi *post traumatic stress disorder* (PTSD). 3-4% akan mengalami gangguan mental berat seperti psikosis, kecemasan, depresi dan PTSD (WHO., 2013; Farooqui et al., 2017; Norris et al., 2002). Studi lainnya melaporkan tingkat prevalensi seumur hidup untuk PTSD adalah hingga 4,5% dari orang dewasa yang hidup di masyarakat (Cook et al., 2016).

PTSD adalah gangguan mental yang terjadi akibat paparan langsung atau tidak langsung terhadap peristiwa traumatis (American Psychological Association, 2019). PTSD pertama kali disebutkan pada tahun 1980 di DSM-III *American Psychiatric Association* (Barlow & Durand, 2012). PTSD merupakan respon seseorang terhadap suatu peristiwa atau kondisi yang dapat menimbulkan gejala-gejala berupa *re-experiencing* (kilas balik trauma), *avoidance* (menghindari pikiran, perasaan, situasi atau orang yang mengingatkan pada trauma), *negative alternations in mood and cognition* (perubahan negatif dalam pemikiran dan suasana hati) dan *hyperarousal* (perubahan rangsangan dan reaktivitas) (Schiraldi, 2009; Mehrotra & Tripathi, 2013). Cheng et al (2014) dan Fernandez et al (2016) menyebutkan bahwa seseorang yang tidak memiliki PTSD sebelum bencana dan rendahnya dukungan sosial, memiliki peluang lebih tinggi untuk mengembangkan PTSD pasca bencana. Gejala PTSD bila tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan tekanan psikologis, kecemasan, PTSD, depresi hingga terjadinya perilaku bunuh diri (Orui et al., 2015; Kukihara et al., 2014; Wang & Liu, 2012; Tachibana et al, 2014; Mary et al., 2014; Farooqui et al., 2017

dan Miao et al., 2018). Prevalensi PTSD juga ditemukan pada pekerja bantuan pengungsi, trauma karena kekerasan fisik, kecelakaan, bencana buatan manusia, bencana alam, kematian tak terduga dari orang yang dicintai, penyakit yang mengancam jiwa dan menyaksikan trauma lainnya menemukan 70,4% responden mengalami PTSD (Kessler et al., 2017; Blizzard et al 2009; Michael et al 2016).

Bencana memiliki pengaruh besar pada seluruh kelompok masyarakat termasuk perawat. Dalam penanggulangan bencana, perawat sebagai salah satu praktisi kesehatan mengemban tugas dan tanggung jawab profesi untuk menolong dan melindungi korban dari rasa sakit dan penderitaan, baik di pelayanan rumah sakit maupun sebagai tim penanggulangan bencana di lokasi bencana. Selain itu, perawat sebagai populasi dalam masyarakat juga merupakan korban yang mengalami dampak langsung dari peristiwa bencana. Disebutkan bahwa di seluruh dunia, terjadinya PTSD pada perawat saat ini telah menjadi fenomena yang semakin meningkat (WHO, 2020).

Perawat merupakan salah satu populasi yang rentan terhadap kejadian PTSD, karena selain mengalami langsung peristiwa bencana, mereka juga terlibat langsung dalam penanganan korban bencana baik di area berdampak maupun di fasilitas kesehatan. Di tengah bencana, kondisi perawat sebagai korban bencana juga dituntut oleh masyarakat untuk menyediakan pelayanan keperawatan berkualitas tinggi. Hal ini menjadikan situasi yang sulit bagi perawat dan telah terbukti berdampak buruk pada kesehatan fisik maupun psikologis perawat (Naushad et al., 2019).

Studi kualitatif yang dilakukan Sahar et al (2018) mengungkapkan dari total 10 responden perawat, semua peserta menyatakan ketakutan ketika mereka melihat rumah atau bangunan yang runtuh, dan perasaan ini tetap ada saat ini meskipun gempa terjadi dua tahun lalu. Selain itu, mereka panik dan merasa sedih selama beberapa detik hingga beberapa menit dan merasa tidak yakin apa yang harus dilakukan atau hanya menatap. Ekspresi para peserta saat wawancara yaitu sedih, menangis, takut, dan terkadang marah pada diri sendiri dan sebagian menunjukkan ekspresi pasrah. Para peserta telah mengalami gejala trauma parah yang ditandai dengan respons yang

ditunjukkan  $\geq 6$  bulan hingga 2 tahun setelah gempa. Penelitian Iranmanesh et al (2013) sebanyak 94% perawat yang menangani korban bencana melaporkan PTSD pada tingkat sedang. Sementara Basnet et al (2016) meskipun perawat memiliki tingkat pengetahuan yang moderat dan keterampilan yang dirasakan terkait dengan bencana gempa bumi, terkadang perawat tidak dapat mengintegrasikan pengetahuan dan keterampilannya dalam membuat keputusan dan penilaian yang baik selama situasi bencana.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada beberapa perawat penyintas gempa bumi di Kota Palu, mereka mengungkapkan bahwa banyak diantara mereka yang terkena langsung dampak dari peristiwa bencana gempa bumi di Palu Sulawesi Tengah. Dampak yang dialami seperti terluka, terseret tsunami, tertimbun oleh reruntuhan bangunan, kehilangan harta benda, kehilangan tempat tinggal dan bahkan kehilangan keluarga. Mereka juga menyampaikan kelelahan saat menangani dan merawat korban yang selamat maupun yang meninggal. Hal ini menjadikan perawat berada dalam situasi yang memprihatinkan dan mereka memerlukan dukungan psikologis yang lebih baik.

Di Palu Sulawesi Tengah belum ada laporan kejadian PTSD akibat bencana gempa bumi, akan tetapi melalui survey Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2018 dirilis sebagai daerah yang menduduki peringkat pertama penduduk usia  $\geq 15$  tahun yang mengalami gangguan jiwa terbesar di Indonesia. Prevalensi gangguan mental emosional sebesar 19,8 % sedangkan gangguan depresi sebesar 12,3 % dari total populasi di 34 provinsi di Indonesia (Riskesdas R.I, 2018). Mengacu pada data Dinas Kesehatan Sulawesi Tengah, kasus gangguan mental sepanjang tahun 2019 di Kota Palu, Kabupaten Donggala, Sigi dan Parigi Moutong mengalami peningkatan signifikan. Tahun 2018 masih 954 orang, namun sepanjang tahun 2019 meningkat menjadi 2.503 orang. Belum ada laporan yang menunjukkan hubungan antara bencana alam dengan munculnya kasus gangguan mental serta belum didapatkan data secara rinci apakah ada populasi perawat yang mengalami gangguan mental (Dinkes, 2019). Selain itu, data lain didapatkan bahwa lebih dari setengah (51%) rumah tangga melaporkan bahwa setidaknya

mereka memiliki satu orang anggota yang masih mengalami stress (Reach, 2019).

Berdasarkan masalah diatas, maka perlu dilakukan penelitian tentang gambaran *post traumatic stres disorder (PTSD)* pada perawat penyintas 2 tahun pasca bencana gempa bumi Palu Sulawesi Tengah.

## **B. Rumusan Masalah**

Studi mengungkapkan bahwa semua populasi masyarakat dan profesional kesehatan berisiko mengalami PTSD akibat trauma langsung. Pengalaman traumatis perawat sebagai penyintas dapat menjadi faktor pencetus timbulnya PTSD (Counc, 2015; Figley, 2014). Studi Dwidiyanti dkk (2018) juga menemukan PTSD pada perawat akibat pengalaman langsung menyaksikan peristiwa gempa bumi. Studi lain menyatakan bahwa perawat lebih rentan mengalami gejala PTSD daripada populasi umum (Kucmin, Adriana, Tu, & Tu, 2018) dan PTSD berkaitan erat dengan penurunan kualitas hidup penderita (Fang et al, 2015). PTSD akibat bencana pada perawat dapat berkembang menjadi depresi yang berpengaruh buruk pada kinerja dan organisasi (Brandford, & Reed, 2016). Menurut Schuster & Dwyer (2020) PTSD pada perawat juga dapat mempengaruhi hubungan interpersonal dan intrapersonal, dapat menurunkan sumber daya untuk memberikan pelayanan secara efektif, menyebabkan mental negatif, berefek pada emosional dan fisik yang secara keseluruhan dapat menurunkan kinerja profesional.

Berdasarkan fenomena diatas, maka rumusan pertanyaan penelitian ini adalah bagaimana gambaran *post traumatic stress disorder (PTSD)* pada perawat penyintas 2 tahun pasca bencana gempa bumi Palu?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui gambaran *post traumatic stress disorder (PTSD)* pada perawat penyintas 2 tahun pasca bencana gempa bumi Palu Sulawesi Tengah.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi karakteristik demografi perawat penyintas
- b. Untuk mengidentifikasi domain gejala PTSD pada perawat penyintas
- c. Untuk mengetahui kejadian PTSD pada perawat penyintas.
- d. Untuk mengetahui hubungan antara karakteristik perawat penyintas terhadap kejadian PTSD.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Bagi perawat penyintas

Penelitian ini dapat berguna sebagai bahan pertimbangan untuk berupaya mendapatkan dukungan emosi dalam rangka mengurangi tingkat PTSD.

### 2. Untuk pemerintah dan rumah sakit

Penelitian ini menyediakan data tentang kondisi kesehatan mental di antara perawat pasca bencana gempa bumi. Diharapkan dengan informasi ini pemerintah dan rumah sakit dapat meningkatkan upaya dalam mendukung peningkatan kesehatan psikologis perawat.

### 3. Bagi ilmu pengetahuan dan peneliti selanjutnya

Penelitian ini menjadi referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan khususnya prevalensi PTSD di antara perawat penyintas gempa bumi dan dapat menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya.

## **E. Ruang Lingkup Penelitian**

Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah gambaran PTSD pada perawat penyintas 2 tahun pasca bencana gempa bumi Palu Sulawesi Tengah

## **F. Originalitas Penelitian**

Peristiwa gempa bumi bagi korban selamat dapat menimbulkan trauma yang dapat mencetuskan gangguan mental seperti PTSD (Hawari, 2011). Sejumlah studi telah mengungkapkan bahwa PTSD adalah gangguan psikologis yang paling sering terjadi di populasi umum masyarakat sebagai akibat trauma dari peristiwa bencana. Studi (Ra & Aguilar-soto, 2019; Boztas et al., 2019; Li et al., 2020 dan Baral, 2019) menemukan rata-rata 35% PTSD terjadi di populasi masyarakat umum. Perawat sebagai bagian dari populasi umum di masyarakat sering dianggap lebih mampu mengatasi stress akibat

situasi kritis saat bencana terjadi, dibanding stress yang dialami masyarakat umum, namun menurut Nukui et al (2018) gangguan stress pada perawat dalam situasi bencana dapat diperburuk oleh beban kerja menjadi tim evakuasi korban saat krisis bencana.

Ada banyak penelitian seperti (Wild et al., 2016; Fjeldheim et al., 2014; Halpern, Maunder, Schwartz, & Gurevich, 2012 dan Ma, Hung, Wu, & Lin, 2019) yang mengungkapkan bahwa perawat gawat darurat bencana berisiko tinggi mengalami PTSD. Sementara studi (Matsumoto, K., Sakuma, A., Ueda, I., Ayami, N., & Takahashi, 2015; Ke et al., 2017; Zhen et al., 2012 dan Nishi et al., 2016) mengungkapkan perawat yang bekerja sebagai petugas lapangan saat krisis bencana cenderung menderita tekanan psikologis karena pekerjaannya. Penelitian lain yang dilakukan oleh Han & Yoo (2016) mengemukakan bahwa peristiwa traumatis yang paling umum dialami oleh profesional perawat adalah berupa kekerasan verbal, kekerasan fisik, dan kegagalan tindakan emergensi.

Meskipun demikian, penelitian diatas hanya mengidentifikasi kejadian PTSD pada perawat terkait dengan pekerjaan. Penelitian ini lebih difokuskan pada gejala PTSD yang dialami oleh perawat sebagai penyintas bencana. Perawat sebagai penyintas terkadang menjadi populasi yang kurang mendapat perhatian dan dianggap lebih mampu mengatasi masalah stress, namun faktanya perawat sebagai penyintas dapat mengalami PTSD seperti populasi masyarakat pada umumnya. Oleh karena itu, orignilitas dalam penelitian ini adalah gambaran *post traumatic stress disorder* (PTSD) pada perawat penyintas 2 tahun pasca bencana gempa bumi Palu Sulawesi Tengah.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Algoritma Penelitian**

Pencarian artikel dilakukan mulai April 2020-Mei 2020. Pencarian terakhir dilakukan pada Juni 2020. Empat *database* elektronik, yaitu *PubMed*, *Science Direct*, *Wiley*, dan *Google Scholar* diakses dalam pencarian ini. Tinjauan literatur dilakukan melalui penelusuran hasil-hasil publikasi ilmiah pada rentang waktu 2010-2020 menggunakan *database PubMed*, *Science Direct*, *Wiley*, dan *Google Scholar*. Kata kunci (Keyword) yang digunakan adalah *nurse OR emergency nurse OR disaster nurse AND post traumatic stress disorder OR stress disorder OR traumatic disorder OR ptsd AND natural disaster OR earthquake*.

Hasil pencarian ditemukan pada *PubMed* sebanyak 217 artikel, *Science Direct* 394 artikel, *Wiley* 989 artikel, dan *Google Scholar* 18.000 artikel. Artikel yang ditemukan dispesifikkan berdasarkan kriteria inklusi yaitu: 1) artikel yang diterbitkan dalam bahasa Inggris, *fulltext* dan *open access* 2) artikel yang memiliki topik utama tentang *post traumatic stress disorder (PTSD)* pada perawat akibat bencana gempa bumi. Dalam proses penyaringan artikel menggunakan diagram alur studi PRISMA (*Preffered Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*). Sebanyak 1.820 artikel teridentifikasi, artikel kemudian disaring untuk melihat kesesuaian dengan kriteria inklusi penelitian. Terdapat 969 artikel dieksklusi karena tidak sesuai dengan kriteria inklusi, terdiri dari 162 artikel duplikasi, 638 artikel tidak *fulltext*, 15 artikel tidak berbahasa Inggris dan 154 artikel tidak *open access* sehingga tersisa 851 artikel. Dari 851 artikel selanjutnya sebanyak 607 artikel dieksklusi karena tidak sesuai dengan pertanyaan penelitian dan 232 artikel dianggap tidak sesuai dengan tujuan dan hasil penelitian, sehingga tersisa 12 artikel yang relevan.

## B. Tinjauan Literatur

### 1. *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD)

#### a. Definisi PTSD

*Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) menurut *American of Psychology Association* (APA) merupakan suatu pengalaman seseorang yang mengalami peristiwa traumatik yang menyebabkan gangguan pada integritas diri individu sehingga individu ketakutan, ketidakberdayaan dan perasaan terancam (*American Psychiatric Association*, 2013).

*National Institute of Mental Health* mendefinisikan PTSD sebagai gangguan kecemasan yang dapat berkembang setelah terpapar peristiwa mengerikan serta mengalami serangkaian reaksi setelah trauma seperti memiliki stress dan pikiran menakutkan yang terus-menerus dan mencekam, mengalami masalah tidur, merasa terlepas atau mati rasa, atau mudah terkejut (*National Institute of Mental Health*, 2016).

PTSD merupakan respon seseorang terhadap paparan peristiwa abnormal seperti perang, pemerkosaan, penyalahgunaan dimana trauma dari peristiwa berdampak pada penderitaan mental dan fisik di luar kemampuan respon koping yang normal (*Schiraldi*, 2009).

Menurut *Sadock, B.J. & Sadock, V.A* (2007) PTSD merupakan sindrom kecemasan, labilitas otonomik, dan mengalami kilas balik dari pengalaman yang amat pedih setelah stress fisik maupun emosi yang melampaui batas ketahanan orang biasa, PTSD dapat pula diartikan sebagai keadaan yang melemahkan fisik dan mental secara ekstrim yang timbul setelah seseorang melihat, mendengar, atau mengalami suatu kejadian trauma yang hebat dan atau kejadian yang mengancam kehidupan.

Dari beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) adalah respon seseorang terhadap suatu peristiwa traumatis yang ekstrim baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat menimbulkan

gangguan fisik dan mental yang dapat berlangsung lebih dari satu bulan.

b. Penyebab PTSD

Peristiwa traumatis yang menjadi pemicu gangguan stres pasca trauma berbeda dengan pemicu gangguan stres biasa. Peristiwa pemicu PTSD biasanya bersifat luar biasa, tiba-tiba dan sangat menekan. Menurut Schiraldi (2009) peristiwa pemicu PTSD dikategorikan sebagai *traumatic stressor*, sedangkan pemicu stress atau kecemasan biasa disebut *ordinary stressor* atau *adjustment stressor*. Pada individu yang mengalami *ordinary stressor* kebanyakan mampu mengatasinya, sebaliknya untuk peristiwa *traumatic stressor* belum tentu semua individu mampu mengatasinya karena perbedaan kapasitas menghadapi *catastrophic stress*.

Ada tiga faktor utama yang menjadi penyebab terjadinya PTSD, yaitu:

1) Faktor kesengajaan manusia:

- a) Pertempuran, perang sipil, resistensi bertempur
- b) Pelecehan seksual, pelecehan fisik, pelecehan emosional
- c) Penyiksaan
- d) Perbuatan kriminal seperti mutilasi, perampokan, kekerasan terhadap keluarga
- e) Penyanderaan, tawanan perang, karantina, pembajakan
- f) Terorisme
- g) Peristiwa ledakan bom
- h) Menyaksikan pembunuhan
- i) Ancaman penyiksaan
- j) Serangan penembak gelap
- k) Menyaksikan reaksi ketakutan orang tua
- l) Menyaksikan efek alkoholisme pada keluarga
- m) Bunuh diri atau bentuk lain dari kematian mendadak seperti ancaman kematian, kerusakan atau kehilangan bagian tubuh

2) Faktor ketidaksengajaan manusia:

- a) Industrial
- b) Kebakaran
- c) Ledakan kendaraan bermotor, kapal karam
- d) Bencana nuklir
- e) Runtuhnya bangunan
- f) Kerusakan akibat operasi pada tubuh atau kehilangan bagian tubuh

3) Faktor bencana alam

- a) Angin rebut
- b) Angin topan
- c) Tornado
- d) Banjir
- e) Gempa bumi
- f) Salju longsor
- g) Tsunami

c. Tanda dan Gejala PTSD

Menurut Benedek & Ursano (2009) PTSD adalah salah satu bagian gangguan kecemasan (*anxiety disorder*), dimana peristiwa tersebut menimbulkan ketakutan yang tidak lazim, horror, atau rasa tidak berdaya.

*American of Psychology Association* (American Psychiatric Association, 2013) membagi empat kategori gejala PTSD, yaitu:

1) *Re-experiencing symptoms*

Keadaan dimana seseorang teringat kembali kejadian traumatis yang pernah dialami. Seseorang cenderung mengalami pikiran-pikiran yang mengganggu, mimpi buruk, *flashback* (merasa seolah-olah peristiwa lalu terulang kembali), dan reaksi fisik dan psikologis yang berlebihan. Sarah & Simatupang (2017) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa pada pengelompokan tanda dan gejala gangguan stres pascatrauma pada korban erupsi

gunung Sinabung didominasi oleh gejala *re-experiencing* yaitu sebanyak 92,3% dari total populasi sebanyak 65 orang.

## 2) *Avoidance symptoms*

Keadaan dimana seseorang berusaha untuk menghindari pikiran atau rangsangan lain yang dapat memicu kenangan tentang trauma masa lalu. Gejala ini ditandai dengan adanya penghindaran terhadap perasaan atau pikiran yang berhubungan dengan trauma dan aktivitas, orang, tempat, percakapan, atau situasi yang berhubungan dengan trauma. Fazlur et al (2018) penghindaran dan kewaspadaan yang tinggi merupakan gejala penting dalam perkembangan PTSD dan menjadi indikator penting untuk depresi. Kombinasi insomnia berat, penghindaran, dan kewaspadaan yang tinggi merupakan gejala utama untuk komorbiditas PTSD dan Major Depressive Disorder (MDD).

## 3) *Negative alternations in mood and cognition symptoms*

Keadaan dimana seseorang memiliki perasaan dan pikiran yang semakin jelek terhadap trauma. Gejala ini ditandai dengan ketidakmampuan untuk mengingat kembali bagian-bagian dari peristiwa traumatis masa lalu, memiliki pikiran negatif tentang diri sendiri atau lingkungan sekitar, menyalahkan diri sendiri atau orang lain sebagai penyebab terjadinya kejadian traumatis, merasa terisolasi, adanya penurunan minat terhadap aktivitas, adanya perasaan emosional yang negative (seperti rasa takut, horor dan malu), dan kesulitan untuk mengekspresikan perasaan emosional yang positif. Locke et al (2015) gejala kecemasan dan panik adalah salah satu gangguan mental yang paling umum di Amerika Serikat. Kekhawatiran berlebihan dan diluar kendali ditandai dengan serangan panik berulang dan tak terduga yang dapat berdampak negatif pada kualitas hidup dan mengganggu aktivitas penting di kehidupan sehari-hari.

#### 4) *Hyperarousal symptoms*

Keadaan dimana individu mengalami peningkatan yang berlebihan pada reaktivitas fisiologis. Gejala ini ditandai oleh iritabilitas, kesulitan tidur, sulit berkonsentrasi, waspada yang berlebihan, dan perilaku yang berisiko. Barlow & Durand (2012) mengatakan bahwa kondisi tekanan mental biasanya melibatkan gangguan tidur dan ingatan yang terus-menerus dari pengalaman trauma dengan tanggapan tumpul pada orang lain dan dunia luar.

#### d. Patofisiologi PTSD

Sadock, B.J. & Sadock (2007) beberapa studi menunjukkan bahwa bagian otak amigdala (penyimpanan memori) adalah kunci dari PTSD, ditunjukkan bahwa pengalaman traumatik dapat merangsang bagian tersebut untuk menimbulkan rasa takut yang dalam terhadap kondisi-kondisi yang mungkin menyebabkan kembalinya pengalaman traumatik. Amigdala dan berbagai struktur lainnya seperti hipotalamus, bagian abu-abu otak dan nucleus mengaktifkan neurotransmitter dan endokrin untuk menghasilkan hormone-hormon yang berperan dari berbagai gejala PTSD. Bagian otak depan (frontal) sebenarnya berfungsi untuk menghambat aktivasi rangkaian ini, namun pada penelitian terhadap orang-orang yang mengalami PTSD, bagian ini mengalami kesulitan untuk menghambat aktivasi sistem amigdala.

Amigdala menerima informasi berupa rangsangan eksternal, kemudian memicu respon emosional dan perubahan dalam hormon stress dan katekolamin. Hipokampus dan korteks prefrontal medial mempengaruhi respon amigdala dalam menentukan respon ketakutan akhir. Dalam keadaan takut dan terancam, tubuh kita mengaktifkan respon “fight, flight, or freezing sebagai akibat aktivasi dari sistem saraf simpatis. Dalam reaksi ini tubuh mengeluarkan adrenalin yang menyebabkan peningkatan tekanan darah, denyut jantung dan terjadinya glikogenolisis. Setelah ancaman bahaya itu mulai hilang, tubuh akan memulai proses inaktivasi respon stress dan proses ini

menyebabkan pelepasan hormon kortisol. Jika tubuh tidak melepaskan kortisol yang cukup untuk menginaktivasi reaksi stress maka kemungkinan masih akan merasakan efek stress dari adrenalin.

Pada korban trauma yang berkembang menjadi PTSD seringkali memiliki hormon stimulasi (katekolamin) yang lebih tinggi bahkan pada saat kondisi normal. Hal ini mengakibatkan tubuh terus berespon seakan bahaya itu masih ada. Setelah sebulan dalam kondisi ini, hormon stress meningkat dan pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya perubahan fisik. Terjadinya abnormalitas dalam penyimpanan, pelepasan, dan eliminasi katekolamin yang mempengaruhi fungsi otak di daerah lokus seruleus, amigdala dan hipokampus memicu terjadinya hipersensitivitas pada lokus seruleus yang dapat menyebabkan seseorang tidak dapat belajar. Hipokampus menimbulkan koheren naratif serta lokasi waktu dan ruang. Hiperaktivitas dalam amigdala dapat menghambat otak membuat hubungan perasaan dalam memorinya, sehingga menyebabkan memori disimpan dalam bentuk mimpi buruk, kilas balik, dan gejala-gejala fisik lain.

e. Faktor Risiko PTSD

Orang yang mengalami PTSD dipengaruhi oleh faktor internal yang berasal dari diri individu dan faktor eksternal yang berasal dari lingkungan. Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa kondisi kesehatan mental pra bencana dapat dijadikan dasar untuk memprediksi dampak patologis seseorang setelah bencana. Individu dengan masalah kesehatan mental akan mengalami stress yang lebih berat dibandingkan dengan individu dengan kondisi psikologis yang stabil. Meskipun stressor diperlukan untuk menyebabkan PTSD, akan tetapi tidak semua orang akan mengalami PTSD setelah suatu peristiwa traumatik. Masih terdapat beberapa faktor lain yang harus dipertimbangkan Figley (2012).

Schiraldi (2009) menyatakan bahwa ketika dihadapkan dengan trauma yang luar biasa, kebanyakan orang bisa saja tidak mengalami

gejala PTSD, namun sebaliknya pada sebagian orang, peristiwa atau kejadian biasa dapat menimbulkan gejala PTSD. Hal ini disebabkan oleh adanya faktor resiko yang berperan pada seseorang, yaitu:

1) Riwayat trauma yang dialami

Semakin berat trauma yang dialami dan semakin posisi seseorang dengan suatu kejadian, maka semakin meningkatkan risiko seseorang mengalami PTSD dan semakin lama/kronik seseorang mengalami kejadian trauma semakin berisiko berkembang menjadi PTSD. Trauma multiple lebih berisiko menjadi PTSD. Prevalensi PTSD akibat gempa bumi sangat bervariasi tergantung pada beberapa faktor seperti interval waktu yang telah berlalu antara paparan insiden dan pengukuran serta faktor risiko lainnya dalam populasi target (Farooqui et al., 2017).

2) Genetik

Pada populasi klinis, data telah mendukung hipotesis bahwa sistem *noradrenergic* dan *opiate endogen*, dan juga sumbu *hipotalamus-hipofisi-adrenal*, adalah hiperaktif pada beberapa pasien dengan gangguan stress pascatraumatik. Pada orang kembar menunjukkan kemungkinan *diathesis genetic*. Terlebih lagi, trauma dapat mengaktivasi sistem *noradrenergik*, meningkatkan level *norepinefrin* sehingga membuat orang yang bersangkutan lebih mudah terkejut dan lebih cepat mengekspresikan emosi dibanding kondisi normal. Studi kohor terbesar Roth et al (2014) yang terdiri dari 6.924 ibu dan anak-anak telah ditemukan signifikan peningkatan keturunan PTSD dalam hubungan dosis-respons dengan gejala stres pascatrauma ibu (OR 1.2-1.6). Penularan orangtua pada anak sebagian besar dimediasi melalui peningkatan paparan trauma diantara keturunan ibu dengan PTSD. Penelitian kembar terkait PTSD telah membahas hubungan genetik yang kompleks antara paparan trauma dan risiko gangguan dengan membedakan komponen yang diwariskan mereka. Faktor genetik dapat berkontribusi terhadap

PTSD (Smoller, 2015). Penelitian lain menemukan bahwa faktor genetik dan epigenetik berkontribusi hingga 70% dari perbedaan individu dalam pengembangan PTSD, dengan heritabilitas PTSD diperkirakan mencapai 30% (Lebois et al., 2016).

### 3) Mekanisme Koping

Kecenderungan untuk menghindari emosi yang tidak menyenangkan didasarkan pada kemampuan unik manusia untuk memperoleh hubungan dan mentransfer respons setelah paparan trauma. Orang-orang yang pernah mengalami trauma akan diberi ketahanan lebih baik untuk menghindari tekanan emosional karena hal ini merupakan perkembangan alami dalam pengalaman terhadap stressor. Model kognitif dari PTSD menyatakan bahwa orang yang terkena PTSD adalah individu yang tidak mampu untuk memproses atau merasionalisasikan trauma yang menyebabkan gangguan. Mereka terus mengalami stress dengan tehnik menghindar. Sesuai dengan kemampuan parsial mereka untuk mengatasi peristiwa secara kognitif, pasien mengalami periode mengakui peristiwa dan menghambatnya secara bergantian (Orcutt et al., 2020).

Berdasarkan teori Behavior, gangguan terdiri dari dua fase perkembangan, yaitu; 1) trauma (stimulus yang tidak dibiasakan) adalah dipasangkan, melalui pembiasaan klasik, dengan stimulus yang dibiasakan (peringat fisik atau mental terhadap trauma), 2) melalui pelajaran, pasien mengembangkan pola penghindaran terhadap stimulus yang dibiasakan maupun stimulus yang tidak dibiasakan. Berdasarkan teori Psikoanalisa, trauma telah mengaktivasi konflik psikologis yang sebelumnya diam dan belum terpecahkan. Penghidupan kembali trauma masa anak-anak menyebabkan regresi dan penggunaan pertahanan represi, penyangkalan, dan meruntuhkan (*undoing*). Ego hidup kembali dan dengan demikian berusaha menguasai dan menurunkan kecemasan. Pasien juga mendapatkan tujuan sekunder dari dunia

luar, peningkatan perhatian atau simpati, dan pemuasan kebutuhan ketergantungan. Tujuan tersebut mendorong gangguan dan persistensinya. Suatu pandangan kognitif PTSD adalah bahwa otak mencoba memproses sejumlah besar informasi yang dicetuskan oleh trauma dengan periode menerima dan menolak peristiwa secara berganti-ganti (V. A. Sadock, B.J. & Sadock, 2010) dan (Baral & Bhagawati, 2019).

#### 4) Jenis kelamin

Pria dan wanita berbeda dalam hal respons kognitif peritraumatic dan posttraumatik, yang dapat memprediksi perkembangan PTSD. Wanita dua kali lipat lebih memungkinkan untuk mengalami PTSD. Hal ini disebabkan oleh rendahnya sintesa serotonin pada wanita (Soraya & Sharain, 2013), (Morina et al., 2018) dan (Anwar et al., 2013).

#### 5) Status pekerjaan

Status pekerjaan dapat mempengaruhi timbulnya stress dan lebih lanjut akan menentukan terjadinya perasaan tidak nyaman, sehingga lebih berisiko untuk menderita PTSD. Status pekerjaan adalah faktor sosio demografis yang terkait dengan risiko pajanan terhadap trauma. Studi menemukan bahwa seseorang yang berpendapatan rendah dan bekerja dalam situasi yang ekstrim lebih risiko mengalami PTSD (Atwoli et al, 2015). Studi lainnya bahwa perawat yang bekerja di ruang gawat darurat dan ruang intensif lebih berisiko mengalami PTSD dibandingkan perawat yang bekerja di ruang perawatan biasa (Hosseininejad et al., 2019).

#### 6) Usia

kecenderungan kelompok usia rentan masing-masing negara berbeda karena perbedaan kondisi sosial, politik, ekonomi dan latar belakang sejarah. PTSD dapat terjadi pada semua golongan usia, namun beberapa penelitian menemukan anak-anak merupakan kelompok usia yang lebih rentan mengalami PTSD.

Anak-anak memiliki kerentanan khusus jika dibandingkan dengan orang dewasa, karena masih adanya rasa ketergantungan dengan orang lain, kemampuan fisik dan intelektual yang sedang berkembang, serta kurangnya pengalaman hidup dalam memecahkan berbagai persoalan sehingga dapat mempengaruhi perkembangan kepribadian seseorang. Anak-anak berisiko tinggi yang telah dilecehkan atau mengalami bencana alam mungkin memiliki prevalensi PTSD yang lebih tinggi daripada orang dewasa. Studi International skala besar di 21 negara melaporkan bahwa secara umum sebagian besar anak-anak terpapar trauma akibat konflik bersenjata, bencana alam, dan keadaan darurat kemanusiaan lainnya (WHO, 2020) dan (Watson, 2019). Peristiwa bencana alam gempa bumi yang terjadi pada tahun 2006 di Yogyakarta yang menimbulkan berbagai masalah psikologis seperti psikosomatis, depresi, dan trauma pasca bencana juga lebih banyak dialami anak-anak dibandingkan orang dewasa (Rakhman & Kuswardani, 2012).

#### 7) Tingkat pendidikan.

Minimnya tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingginya angka kejadian PTSD. Tingkat pendidikan rendah akan mempengaruhi kemampuan individu dalam penanganan stress (Dai et al., 2016) dan (Tang et al., 2017).

#### 8) Status Perkawinan

Penelitian Medis Program Nasional untuk Keluarga Berencana Nasional dan Perawatan Kesehatan Utama di Pakistan menemukan prevalensi meningkat di antara responden yang belum pernah menikah dan yang sebelumnya menikah dibanding responden yang telah menikah. Para wanita yang tinggal di sebuah rumah dengan jumlah pria yang lebih sedikit, tiga kali lebih mungkin mengembangkan PTSD (OR, 3,2; 95% CI, 1,3). Wanita yang tidak tinggal bersama suami mereka, tujuh kali lebih berisiko untuk PTSD dibandingkan dengan wanita yang hidup

dengan suami mereka (OR, 7,5; 95% CI, 1.7) (Anwar et al., 2013).

- 9) Seseorang yang memiliki gangguan psikiatri lainnya seperti: depresi, fobia sosial dan gangguan kecemasan.

PTSD dikaitkan dengan peningkatan kemungkinan gangguan kejiwaan yang terjadi bersamaan. Dalam sebuah studi skala besar, 88 persen pria dan 79 persen wanita dengan PTSD memenuhi kriteria untuk gangguan kejiwaan lainnya. Gangguan yang paling lazim terjadi untuk pria dengan PTSD adalah penyalahgunaan atau ketergantungan alkohol (51,9%), episode depresi utama (47,9%), gangguan perilaku (43,3%), dan penyalahgunaan dan ketergantungan obat (34,5%) (Coppola, 2015).

- 10) Dukungan sosial.

Dukungan dari berbagai pihak seperti orang tua, keluarga, teman, sahabat, guru dan masyarakat sekitar akan sangat membantu individu dalam melewati kondisi trauma. Temuan menunjukkan bahwa peningkatan dukungan sosial selama pengobatan dikaitkan dengan pengurangan gejala PTSD yang lebih besar (Price et al., 2018). Studi lain menunjukkan bahwa dukungan sosial-psikososial dapat melindungi budaya dan meningkatkan penggunaan koping yang dikaitkan dengan kesehatan mental yang baik (Feder et al., 2013).

- f. Diagnosis PTSD

Untuk mengukur seseorang mengalami PTSD, dapat dilakukan skrining awal dengan menggunakan instrumen wawancara PTSD *Checklist for DSM-5* (PCL-5). Instrumen ini telah disesuaikan dengan standar kriteria terbaru *Manual Diagnostik and Statistic Mental Health Disorder edisi kelima* (DSM-5) 2013. Hasil skrining PCL-5 lalu dikonfirmasi dengan pemeriksaan klinis PTSD seperti *Clinician Administered PTSD Scale* (CAPS) untuk menegakkan diagnosa PTSD. Saat ini tidak ada rentang keparahan yang

diturunkan secara empiris untuk PCL-5 (National Centre for PTSD, 2016).

Meskipun PCL-5 bukan merupakan satu-satunya alat skrining yang digunakan untuk diagnosa PTSD, namun instrumen ini telah terbukti memberikan hasil yang valid dan dapat diandalkan untuk diagnosa sementara PTSD (Brown & Barlow, 2013). Wawancara klinis semi terstruktur dirancang untuk mendiagnosis kegelisahan dan gangguan suasana hati dan sejumlah gangguan terkait (misalnya, gangguan obsesif-kompulsif, somatik, dan penggunaan zat) dan untuk memfasilitasi diferensial diagnosis di antara gangguan berdasarkan DSM-5 oleh *American Psychiatric Association* 2013 (APA) yang dikembangkan di *Center for Anxiety and Disorders Related* Boston University, New York (Timothy et al, 2017).

Diagnosis PTSD dapat ditegakkan berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* 5th Edition dan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ-III). Dalam DSM-5, PTSD digolongkan kedalam *Trauma-and Stressor Related Disorders* (F43.21) (APA, 2016). Dalam PPDGJ-III, PTSD (F43.1) dimasukkan kedalam golongan gangguan Neurotik, gangguan Somatoform dan gangguan terkait stres (F40) pada kategori reaksi terhadap stres berat dan gangguan penyesuaian (F43) (Maslim, 2013).

Berdasarkan kriteria DSM-5, selain memenuhi kriteria-kriteria gejala pada DSM-5, individu baru akan didiagnosis mengalami PTSD jika gangguan yang dialami mengganggu kehidupan sehari-hari, durasi dari gejala-gejala yang dialami berlangsung  $\geq 6$  bulan dan gangguan yang dialami tidak berhubungan dengan efek fisiologis dari kondisi medis atau zat-zat tertentu (National Institute of Mental Health, 2016). Jika pada 48 jam pertama setelah peristiwa traumatis seseorang mengalami gejala maka seseorang dapat dinilai mengalami *Acute Stress Respon* (ASR). Bila gejala PTSD muncul pada 3 hari hingga 1 bulan pertama maka respon psikologis disebut

*Akut Stress Disorder (ASD)*. Gejala yang berlangsung terus-menerus selama 4-12 minggu akan menimbulkan respon psikologis PTSD akut. Bila gejala tetap timbul dan berlangsung selama lebih dari 12 minggu maka seseorang dapat mengalami PTSD kronik (Bromet, 2016). PTSD ditetapkan sebagai akut jika diagnosis terselesaikan di dalam tiga bulan, kronis jika diagnosis bertahan lebih dari tiga bulan setelah paparan stressor (Schiraldi, 2009).

Tabel 2.1 *Diagnostic Criteria PTSD menurut American Psychiatric Association. (2013).*

Diagnostic Criteria :
<p>A. Exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violence in one (or more) of the following ways:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Directly experiencing the traumatic event(s).</li> <li>2. Witnessing, in person, the event(s) as it occurred to others.</li> <li>3. Learning that the traumatic event(s) occurred to a close family member or close friend. In cases of actual or threatened death of a family member or friend, the event(s) must have been violent or accidental.</li> <li>4. Experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic event(s) (e.g., first responders collecting human remains; police officers repeatedly exposed to details of child abuse).</li> </ol>
<p>B. Presence of one (or more) of the following intrusion symptoms associated with the traumatic event(s), beginning after the traumatic event(s) occurred:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recurrent, involuntary, and intrusive distressing memories of the traumatic event(s).</li> <li>2. Recurrent distressing dreams in which the content and/or affect of the dream are related to the traumatic event(s).</li> <li>3. Dissociative reactions (e.g., flashbacks) in which the individual feels or acts as if the traumatic event(s) were recurring. (Such reactions may occur on a continuum, with the most extreme expression being a complete loss of awareness of present surroundings.</li> <li>4. Intense or prolonged psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s)</li> <li>5. Marked physiological reactions to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s).</li> </ol>
<p>C. Persistent avoidance of stimuli associated with the traumatic event(s), beginning after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by one or both of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avoidance of or efforts to avoid distressing memories,</li> </ol>

<p>thoughts, or feelings about or closely associated with the traumatic event(s).</p> <p>2. Avoidance of or efforts to avoid external reminders (people, places, conversations, activities, objects, situations) that arouse distressing memories, thoughts, or feelings about or closely associated with the traumatic event(s).</p>
<p>D. Negative alterations in cognitions and mood associated with the traumatic event(s), beginning or worsening after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by two (or more) of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inability to remember an important aspect of the traumatic event(s) (typically due to dissociative amnesia and not to other factors such as head injury, alcohol, or drugs).</li> <li>2. Persistent and exaggerated negative beliefs or expectations about oneself, others, or the world (e.g., “I am bad,” “No one can be trusted,” “The world is completely dangerous,” “My whole nervous system is permanently ruined”).</li> <li>3. Persistent, distorted cognitions about the cause or consequences of the traumatic event(s) that lead the individual to blame himself/herself or others.</li> <li>4. Persistent negative emotional state (e.g., fear, horror, anger, guilt, or shame).</li> <li>5. Markedly diminished interest or participation in significant activities.</li> <li>6. Feelings of detachment or estrangement from others.</li> <li>7. Persistent inability to experience positive emotions (e.g., inability to experience happiness, satisfaction, or loving feelings).</li> </ol>
<p>E. Marked alterations in arousal and reactivity associated with the traumatic event(s), beginning or worsening after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by two (or more) of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irritable behavior and angry outbursts (with little or no provocation) typically expressed as verbal or physical aggression toward people or objects.</li> <li>2. Reckless or self-destructive behavior.</li> <li>3. Hypervigilance.</li> <li>4. Exaggerated startle response.</li> <li>5. Problems with concentration.</li> <li>6. Sleep disturbance (e.g., difficulty falling or staying asleep or restless sleep).</li> </ol>
<p>F. Duration of the disturbance (Criteria B, C, D, and E) is more than 1 month.</p>
<p>G. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.</p>
<p>H. The disturbance is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., medication, alcohol) or another medical condition</p>

Maslim (2013) menjelaskan bahwa dalam penegakan diagnosis PTSD menurut PPDGJ-III yaitu:

1. Diagnosis baru ditegakan bilamana gangguan ini timbul dalam kurun waktu 6 bulan setelah kejadian traumatis berat (masa laten yang berkisar antara beberapa minggu sampai beberapa bulan, jarang sampai melampaui 6 bulan).
2. Kemungkinan diagnosis masih dapat ditegakan apabila tertundanya waktu mulai saat kejadian dan onset gangguan melebihi waktu 6 bulan, asal saja manifestasi klinisnya adalah khas dan tidak didapat alternatif kategori gangguan lainnya.
3. Sebagai bukti tambahan selain trauma, harus didapatkan bayang-bayang atau mimpi-mimpi dari kejadian traumatis tersebut secara berulang-ulang kembali (*flashbacks*).
4. Gangguan otonomik, gangguan afek dan kelainan tingkah laku semuanya dapat mewarnai diagnosis tetapi tidak khas.
5. Suatu "*sequelae*" menahun yang terjadi lambat setelah stres yang luar biasa, misalnya saja beberapa puluh tahun setelah trauma, diklasifikasikan dalam kategori F62.0 (perubahan kepribadian yang berlangsung lama setelah mengalami katasfora).

g. Klasifikasi PTSD

Sadock, B.J. & Sadock (2007) *post traumatic stress disorder* (PTSD) terbagi atas tiga jenis, yaitu:

- 1) PTSD akut, yaitu dimana tanda dan gejalanya terjadi pada rentang waktu 1-3 bulan. Namun, biasanya berakhir dalam kurun waktu satu bulan. Jika dalam waktu lebih dari satu bulan, individu tersebut harus segera menghubungi pelayanan kesehatan terdekat.
- 2) PTSD kronik, yaitu dimana tanda dan gejalanya berlangsung lebih dari tiga bulan dan jika tidak ada treatment yang dilakukan maka dapat bertambah berat sehingga akan mengganggu kehidupan sehari-hari orang tersebut.
- 3) PTSD with delayed onset, walaupun sebenarnya tanda dan gejala PTSD muncul pada saat setelah trauma, ada kalanya tanda dan

gejalanya baru muncul minimal enam bulan bahkan bertahun-tahun setelah peristiwa traumatik itu terjadi. Hal ini timbul pada saat memperingati hari kejadian traumatis tersebut atau bisa juga karena individu mengalami kejadian traumatis lain yang akan mengingatkan dia terhadap peristiwa traumatis masa lalunya.

#### h. Prognosis PTSD

Gejala PTSD biasanya timbul beberapa waktu setelah trauma. Penundaan dapat selama 1 minggu atau hingga 30 tahun. Gejala dapat fluktuasi dari waktu ke waktu dan menjadi paling intens selama periode stress. Jika tidak diobati, sekitar 30% pasien akan pulih sempurna. 40% akan terus mengalami gejala ringan, sekitar 10% tetap tidak berubah atau bertambah buruk. Setelah satu tahun, sekitar 50% pasien akan pulih (V. A. Sadock, B.J. & Sadock, 2010). Prognosis pada penyakit PTSD berbeda-beda tergantung pada pasien. Prognosis yang baik ditentukan dengan onset gejala yang cepat, durasi gejala yang singkat, fungsi pramorbid yang baik, dukungan sosial yang kuat, tidak adanya gangguan psikiatri, kondisi medis, dan penggunaan zat berbahaya lainnya. Prognosis yang buruk pada umumnya dialami oleh pasien yang berusia sangat muda dan lanjut usia. Sedangkan pasien pada usia pertengahan, dapat ditoleransi lebih baik.

Menurut Schiraldi (2009) perkembangan PTSD juga dipengaruhi oleh lingkungan pemulihan termasuk urangnya dukungan sosial, perawatan yang tidak maksimal dan koping individu yang tidak efektif. Beberapa orang menyimpan rasa sakit, tidak diungkapkan dan tidak diproses. Mereka kemudian beralih ke obat-obatan atau alkohol untuk membunuh rasa sakit, atau perilaku merusak diri sendiri. Tak satu pun dari ini memecahkan akar masalah.

#### i. Penatalaksanaan PTSD

Penanganan bagi individu yang mengalami PTSD adalah psikoterapi, obat-obatan atau kombinasi keduanya. Setiap individu

berbeda, sehingga pengobatan yang bekerja untuk satu orang mungkin tidak bekerja bagi orang lain. Beberapa orang perlu mencoba melakukan perawatan yang berbeda untuk menemukan mana yang dapat mengurangi gejala yang dialami (*National Institute of Mental Health*, 2016).

#### 1) Psikoterapi

##### a) *Cognitif Behavior Therapy* (CBT)

Para ahli yang tergabung dalam *National Association of Cognitif Behavioral Therapist* (NACBT) menjelaskan bahwa CBT merupakan pendekatan psikoterapi yang menekankan bagaimana mengenali pemikiran, perasaan dan perilaku yang kurang tepat tentang suatu hal. Pengenalan tersebut akan digunakan untuk memahami bagaimana ketiga hal tersebut saling mempengaruhi satu sama lain. Seseorang akan dilatih untuk mengenali pemikiran, perasaan, dan perilaku terkait trauma yang terjadi. Sehingga orang tersebut akan dapat mengelola reaksinya terhadap trauma dengan lebih baik (*National Association of Cognitive Behavioral Therapist*, 2009).

Studi meta analisis Carpenter et al (2018) dengan menganalisis 41 artikel yang mengulas tentang CBT menemukan bahwa CBT merupakan terapi yang efektif untuk menurunkan gangguan pada *acute stress disorder* (ASD), *generalized anxiety disorder* (GAD), *obsessive compulsive disorder* (OCD), *panic disorder* (PD) dan PTSD. Terapi ini menitik beratkan pada restrukturisasi atau pembenahan kognitif yang menyimpang akibat kejadian yang merugikan diri pasien baik secara fisik maupun psikis. Pasien diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak, dengan menekankan otak sebagai penganalisa, pengambil keputusan, bertanya, bertindak, dan memutuskan kembali. Sedangkan pendekatan pada aspek behavior diarahkan untuk

membangun hubungan yang baik antara situasi permasalahan dengan kebiasaan mereaksi permasalahan. Tujuan dari CBT yaitu mengajak individu untuk belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dan tubuh sehingga merasa lebih baik, berpikir lebih jelas dan membantu membuat keputusan yang tepat. Pelaksanaannya, CBT menekankan pada pemahaman terhadap aspek pengalaman kognisi yang berbeda-beda misalnya kepercayaan, harapan, imajinasi, pemecahan masalah, disamping mempelajari keterampilan teknik perilaku.

Prinsip dasar CBT menurut Beck (2011) bahwa CBT didasarkan pada: (1) formulasi yang terus berkembang dari permasalahan dan konseptualisasi kognitif konseli, (2) pemahaman yang sama antara konselor dan konseli terhadap permasalahan yang dihadapi konseli, (3) keperluan kolaborasi dan partisipasi aktif, 4) berorientasi pada tujuan dan berfokus pada permasalahan, 5) berfokus pada kejadian saat ini, 6) edukasi yang mengajarkan konseli untuk menjadi terapis bagi dirinya sendiri, dan menekankan pada pencegahan, 7) berlangsung pada waktu yang terbatas, 8) Therapy yang terstruktur, 9) mengajarkan konseli untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan menanggapi pemikiran disfungsional dan keyakinan mereka, 10) menggunakan berbagai teknik untuk merubah pemikiran, perasaan, dan tingkah laku.

b) *Cognitive Processing Therapy (CPT)*

*American Psychiatric Association* menyebutkan bahwa CPT adalah jenis terapi perilaku kognitif spesifik yang membantu pasien belajar bagaimana memodifikasi dan menantang keyakinan yang tidak membantu terkait dengan trauma. Terapi perilaku kognitif ini telah efektif dalam mengurangi gejala PTSD yang telah berkembang setelah mengalami berbagai peristiwa traumatis termasuk pelecehan anak, pertempuran, perkosaan dan bencana alam (APA, 2013).

CPT umumnya disampaikan selama 12 sesi dan membantu pasien belajar bagaimana menantang dan memodifikasi keyakinan yang tidak membantu terkait dengan trauma. Dengan demikian, pasien menciptakan pemahaman baru dan konseptualisasi peristiwa traumatis sehingga mengurangi efek negatif yang berkelanjutan pada kehidupan saat ini. Perawatan dimulai dengan psikoedukasi tentang PTSD, pikiran, dan emosi. Pasien menjadi lebih sadar akan hubungan antara pikiran dan emosi dan mulai mengidentifikasi "pikiran otomatis" yang mungkin mempertahankan gejala PTSD. Pasien menulis pernyataan dampak yang merinci pemahaman terkini tentang mengapa peristiwa traumatis terjadi dan dampaknya pada keyakinan tentang diri sendiri, orang lain, dan dunia. Selanjutnya pasien menulis laporan terperinci tentang pengalaman traumatis terburuk, yang dibaca oleh pasien pada sesi berikutnya untuk mencoba dan memecahkan pola menghindari pikiran dan perasaan yang terkait dengan trauma. Terapis menggunakan pertanyaan untuk membantu pasien mempertanyakan pemikirannya yang tidak membantu tentang trauma, misalnya pemikiran menyalahkan diri sendiri untuk memodifikasi pemikiran maladaptif. Setelah pasien mengembangkan keterampilan untuk mengidentifikasi dan mengatasi pemikiran yang tidak membantu, ia menggunakan keterampilan itu untuk terus mengevaluasi dan mengubah keyakinan yang terkait dengan peristiwa traumatis. Pada titik ini, terapis membantu pasien mengembangkan kemampuan untuk menggunakan strategi adaptif ini di luar pengobatan untuk meningkatkan fungsi dan kualitas hidup secara keseluruhan. Terapis dapat secara khusus fokus pada keamanan, kepercayaan, kekuatan, kontrol, penghargaan dan keintiman karena ini semua adalah area yang dapat dipengaruhi oleh pengalaman traumatis. CPT dapat

disampaikan baik secara individu maupun dalam sesi kelompok terstruktur. Terlepas dari modalitas, pasien akan memiliki tugas praktik di luar sesi. CPT pada awalnya dikembangkan dengan akun trauma tertulis sebagai salah satu komponen perawatan, tetapi kadang-kadang diberikan tanpa ini dan lebih banyak penekanan ditempatkan pada teknik kognitif (*National Center for PTSD*, 2017). Studi RCT lainnya mengungkapkan bahwa CPT mengurangi PTSD, depresi, dan kecemasan pada orang dewasa. Studi ini juga menemukan bahwa tidak ada perbedaan antara intervensi psikologis CPT dan PE baik dari awal sampai pada akhir pengobatan. Untuk efek absolut, PE mengurangi skor sebesar 32 poin, sementara CPT mengurangi skor sebesar 35,97 poin pada akhir perawatan (Tran et al., 2016).

c) *Prolonged Exposure Therapy* (PE)

*American Psychological Association* (2017) dalam *Guideline for the Treatment of PTSD in Adults* menjelaskan bahwa PE adalah strategi intervensi yang digunakan dalam terapi perilaku kognitif untuk membantu individu menghadapi ketakutan. Terapi perilaku kognitif ini mengajarkan individu untuk secara bertahap mendekati ingatan, perasaan, dan situasi terkait trauma. Kebanyakan orang ingin menghindari apa pun yang mengingatkan mereka tentang trauma yang mereka alami, tetapi hal itu memperkuat ketakutan mereka. Dengan menghadapi apa yang telah dihindari, seseorang dapat mengurangi gejala PTSD dengan secara aktif mengetahui bahwa ingatan dan isyarat yang terkait dengan trauma tidak berbahaya dan tidak perlu dihindari.

Eksposur yang berkepanjangan biasanya diberikan selama periode sekitar tiga bulan dengan sesi individu mingguan, menghasilkan delapan hingga 15 sesi secara keseluruhan. Protokol intervensi asli digambarkan sebagai sembilan hingga

12 sesi, masing-masing berdurasi 90 menit (Foa & Rothbaum, 1998). Sesi enam puluh hingga 120 menit biasanya diperlukan agar individu terlibat dalam paparan dan cukup memproses pengalaman. Terapis mulai dengan ikhtisar pengobatan dan memahami pengalaman masa lalu pasien. Terapis melanjutkan dengan psikoedukasi dan kemudian umumnya akan mengajarkan teknik pernapasan untuk mengelola kecemasan.

Umumnya, setelah sesi penilaian dan awal, paparan dimulai. Karena ini sangat memprovokasi kecemasan bagi sebagian besar pasien, terapis bekerja keras untuk memastikan bahwa hubungan terapi dianggap sebagai ruang yang aman untuk menghadapi rangsangan yang sangat menakutkan. Pada PE, seseorang akan diminta untuk menuliskan hal-hal apa saja yang selama ini dihindari sejak mengalami trauma. Selanjutnya orang tersebut akan diajarkan teknik bernapas untuk meringankan kecemasan yang hadir saat menghadapi apa yang ia hindari selama ini. Lalu satu persatu hal-hal yang dihindari akan dimunculkan dan orang tersebut akan dibantu menghadapinya. Hasil studi Van den Berg et al (2015) mengungkapkan bahwa protokol standar PE efektif, aman, dan layak pada pasien dengan PTSD dan gangguan psikotik berat. Temuan lainnya adalah terapi PE dan terapi EMDR tidak menunjukkan perbedaan hasil.

d) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*

Pada EMDR, seseorang akan diminta untuk mengikuti gerakan sesuatu secara bolak-balik dengan matanya saat membicarakan trauma yang dialami. Terapi ini bertujuan untuk membantu seseorang fokus pada hal lain selain trauma yang dialami. EMDR akan terus dilakukan sampai orang tersebut terbiasa membicarakan trauma yang dialami. Studi Yurtsever et al (2018) yang dilakukan pada 47 orang dewasa yang menderita PTSD kronis di kalangan pengungsi yang tinggal di

kamp pengungsi Kilis di Turki menunjukkan bahwa EMDR secara efektif mengurangi gejala PTSD diantara para pengungsi setelah dua sesi perawatan dilakukan selama 3 hari.

e) *Anxiety Management*

- 1) *Relaxation training*, yaitu belajar mengontrol ketakutan dan kecemasan secara sistematis dan merelaksasikan kelompok otot-otot utama
- 2) *Breathing retraining*, yaitu belajar bernafas dengan perut secara perlahan-lahan, santai dan menghindari bernafas dengan tergesa-gesa yang menimbulkan perasaan tidak nyaman, bahkan reaksi fisik yang tidak baik seperti jantung berdebar dan sakit kepala
- 3) *Positive thinking* dan *self-talk*, yaitu belajar untuk menghilangkan pikiran negatif dan mengganti dengan pikiran positif ketika menghadapi hal-hal yang membuat stress (stresor)
- 4) *Assertiveness training*, yaitu belajar mengekspresikan harapan, opini dan emosi tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain
- 5) *Thought stopping*, yaitu belajar bagaimana mengalihkan pikiran ketika sedang memikirkan hal-hal yang membuat stress

f) *Play Therapy*

Terapi ini berguna pada penyembuhan anak dengan PTSD. Terapis menggunakan permainan untuk memulai topik yang tidak dapat dimulai secara langsung. Hal ini dapat membantu anak lebih merasa nyaman dalam berproses dengan pengalaman traumatikanya.

2) Psikofarmaka

- a) Pemberian SSRI atau *Selective Serotonin re-uptake Inhibitor*  
SSRI merupakan obat lini pertama yang bekerja sebagai penghambat pengambilan kembali serotonin di celah sinaps

sehingga jumlah serotonin semakin bertambah. Golongan ini efektif untuk semua gejala penderita PTSD dan memiliki efek samping paling minimal. Ada lima golongan SSRI yang dapat digunakan untuk penderita PTSD, yaitu Zoloft (setraline), Paxil (paroxetine), Prozac (fluoxetine), Luvox (Fluvoxamine), Celaxa (citalopram) escitalopram (Lexapro) (Locher et al., 2017).

- b) Selain itu terdapat golongan psikotropika lain yaitu golongan anti-depresi trisiklik. Antidepresan aksi ganda yang memblokir serotonin dan norepinefrin seperti (Amitriptyline dan Imipramine), mood stabilizers, golongan SNRI (Venlafaxine), antiansietas (Benzodiazepine termasuk diazepam (Valium), lorazepam (Ativan), dan alprazolam (Xanax), Clonazepam (Klonopin), venlafaxine (Effexor) dan duloxetine (Cymbalta) (Feduccia & Mithoefer, 2018).
- c) *Monoamine oxidase inhibitor* (MAOIs). Phenelzine (Nardil). Efek samping ekstrem terjadi pada sebagian besar formulasi jika pembatasan diet tidak diikuti (Inserra, 2018).
- d) Stabilisator suasana hati dan agen antipsikotik atipikal kurang umum digunakan tetapi mungkin berguna ketika antidepresan tidak bekerja atau perlu augmentasi. Ini dapat membantu mengurangi perubahan suasana hati, amarah, impuls kekerasan, agresi, lekas marah, hypervigilance, hyperarousal, halusinasi, dan delusi. Antipsikotik atipikal yang lebih baru termasuk risperidone (Risperdal), olanzapine (Zyprexa), dan quetiapine (Seroquel). Quetiapine juga dapat membantu gangguan tidur.
- e) Penstabil mood termasuk lithium (Eskalith), carbamazepine (Tegretol), dan divalproex (Depakote).
- f) Agen antiadrenergik adalah obat tekanan darah tinggi yang menghalangi aksi hormon stres di seluruh tubuh untuk meredam pusat-pusat gairah di otak, sambil meningkatkan

fungsi kortikal prefrontal otak, seperti; Beta-blocker memblokir hormon stres yang membantu menanamkan memori traumatis dengan muatan emosional yang kuat, alpha-blocker prazosin (Minipres) dapat mengurangi mimpi buruk dan insomnia dan mempromosikan tidur yang memulihkan pada beberapa orang dan Clonidine (Catapres) juga dapat mengurangi gairah, intrusi, dan ledakan kemarahan.

j. Asuhan Keperawatan PTSD

Asuhan keperawatan PTSD menurut Schultz & Videbeck (2013) dalam (Videbeck, 2017) sebagai berikut:

Tabel 2.2 Asuhan Keperawatan PTSD

<p>Diagnosa Keperawatan:          Sindrom Posttrauma: respons maladaptif terhadap peristiwa traumatis</p>
<p>Pengkajian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kilas balik atau mengalami kembali peristiwa traumatis</li> <li>• Mimpi buruk atau mimpi berulang tentang peristiwa atau trauma lainnya</li> <li>• Gangguan tidur (mis. Insomnia, bangun lebih awal, atau menangis saat tidur)</li> <li>• Depresi</li> <li>• Penyangkalan perasaan atau mati rasa emosional</li> <li>• Proyeksi perasaan</li> <li>• Kesulitan dalam mengungkapkan perasaan</li> <li>• Kemarahan (mungkin tidak terbuka)</li> <li>• Bersalah atau menyesal</li> <li>• Tingkat percaya diri yang rendah</li> <li>• Frustrasi dan lekas marah</li> <li>• Kecemasan, panik, atau kecemasan berpisah</li> <li>• Ketakutan, dapat digantikan atau digeneralisasi (seperti dalam ketakutan terhadap pria yang menjadi korban pemerkosaan)</li> <li>• Konsentrasi menurun</li> <li>• Kesulitan mengekspresikan cinta atau empati</li> <li>• Kesulitan mengalami kesenangan</li> <li>• Kesulitan dengan hubungan interpersonal, masalah perkawinan, dan</li> </ul>

perceraian

- Kekerasan dalam hubungan
- Masalah seksual
- Penggunaan zat
- Masalah pekerjaan
- Gejala fisik

Hasil yang diharapkan, pasien dapat:

*Immediate:*

- Mengidentifikasi peristiwa traumatis dalam waktu 24 hingga 48 jam
- Menunjukkan penurunan gejala fisik dalam 2 hingga 3 hari
- Menetapkan keseimbangan istirahat, tidur, dan aktivitas yang memadai; misalnya, tidur setidaknya 4 jam per malam dalam 3 hingga 4 hari
- Menunjukkan penurunan kecemasan, ketakutan, rasa bersalah, dan sebagainya, dalam waktu 4 hingga 5 hari
- Berpartisipasi dalam program perawatan; misalnya, bergabunglah dalam kegiatan kelompok atau berbicara dengan staf selama setidaknya 30 menit dua kali sehari dalam 4 hingga 5 hari.

*Stabilization:*

- Menyampaikan proses berduka; misalnya, berbicara dengan staf tentang perasaan yang berhubungan dengan kesedihan dan mengakui kehilangan atau kejadian tersebut
- Menyatakan perasaan secara langsung dan terbuka dengan cara yang tidak merusak
- Mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan secara realistis; misalnya, buat daftar kemampuan dan tinjau dengan staf
- Menunjukkan peningkatan kemampuan untuk mengatasi stres
- Menghilangkan penggunaan narkoba
- Ada pengetahuan verbal tentang penyakit, rencana perawatan, atau penggunaan obat yang aman, jika ada

*Community:*

- Memperagakan integrasi awal pengalaman traumatis ke dalam kehidupannya di luar rumah sakit
- Mengidentifikasi sistem pendukung di luar pengaturan perawatan; misalnya, mengidentifikasi kelompok pendukung tertentu, teman, atau

<p>keluarga, dan menjalin kontak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melaksanakan rencana untuk tindak lanjut atau terapi berkelanjutan, jika ada indikasi; misalnya, identifikasi terapis dan jadwalkan janji temu sebelum pulang</li> </ul>	
Implementasi	
<i>Nursing Interventions</i>	<i>Rationale</i>
Ketika Anda mendekati klien, bersikaplah tidak mengancam dan profesional	Ketakutan klien dapat dipicu oleh figur otoritas dengan karakteristik lain (mis., Gender dan etnis).
Tetapkan anggota staf yang sama untuk klien jika memungkinkan; cobalah untuk menghormati ketakutan dan perasaan klien. Secara bertahap tingkatkan jumlah dan variasi anggota staf yang berinteraksi dengan klien	Membatasi jumlah anggota staf yang berinteraksi dengan klien pada awalnya akan memfasilitasi keakraban dan kepercayaan. Klien mungkin memiliki perasaan takut atau ketidakpercayaan yang kuat tentang bekerja dengan anggota staf dengan karakteristik tertentu. Perasaan ini mungkin telah diperkuat dalam pertemuan sebelumnya dengan para profesional dan dapat mengganggu hubungan terapeutik
Ajarkan diri Anda dan anggota staf lainnya tentang pengalaman klien dan tentang perilaku pasca trauma	Mempelajari pengalaman klien akan membantu mempersiapkan Anda untuk perasaan klien dan perincian pengalamannya
Periksa dan tetap sadarilah perasaan Anda sendiri terkait pengalaman traumatis klien dan perasaan serta perilakunya. Bicaralah dengan anggota staf lainnya untuk memberikan ventilasi dan mengatasi perasaan Anda	Peristiwa traumatis menimbulkan perasaan yang kuat pada orang lain dan mungkin cukup mengancam. Anda mungkin diingatkan tentang pengalaman terkait atau kerentanan Anda sendiri, atau masalah yang berkaitan dengan seksualitas, moralitas, keselamatan, atau kesejahteraan. Adalah penting bahwa Anda tetap sadar akan

	perasaan Anda sehingga Anda tidak secara tidak sadar memproyeksikan perasaan, menghindari masalah, atau menjadi non-terapi dengan klien
Tetap tidak menghakimi dalam interaksi Anda dengan klien	Penting untuk tidak memperkuat kesalahan bahwa klien mungkin telah diinternalisasi terkait dengan pengalaman
Konsisten dengan klien; menyampaikan penerimaannya sebagai pribadi sambil menetapkan dan mempertahankan batasan mengenai perilaku	Klien dapat menguji batas-batas hubungan terapeutik. Masalah dengan penerimaan, kepercayaan, atau otoritas sering terjadi dengan perilaku pascatrauma
Nilai riwayat penggunaan narkoba oleh klien (informasi dari orang lain yang signifikan mungkin bisa membantu)	Klien sering menggunakan zat untuk membantu menekan (atau melepaskan) emosi
Waspada penggunaan atau penyalahgunaan zat oleh klien. Tetapkan batasan dan konsekuensi untuk perilaku ini; mungkin bermanfaat untuk memungkinkan klien atau kelompok memiliki masukan ke dalam keputusan ini	Penggunaan zat merusak terapi dan dapat membahayakan kesehatan klien. Mengizinkan input dari klien atau grup dapat meminimalkan perebutan kekuasaan
Jika penggunaan narkoba merupakan masalah utama, rujuk klien ke program perawatan ketergantungan zat	Penggunaan zat harus ditangani karena dapat mempengaruhi semua aspek lain kehidupan klien
Dorong klien untuk berbicara tentang pengalamannya; menerima dan tidak menghakimi perasaan dan persepsi klien.	Menceritakan kembali pengalaman dapat membantu klien untuk mengidentifikasi realitas apa yang telah terjadi dan membantu mengidentifikasi dan mengatasi perasaan yang terkait.
Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya melalui berbicara,	Identifikasi dan ekspresi perasaan adalah pusat dari proses berduka

menulis, menangis, atau cara lain yang membuat klien merasa nyaman	
Dorong ekspresi kemarahan, rasa bersalah, dan amarah klien	Perasaan ini sering terjadi pada klien yang pernah mengalami trauma. Klien mungkin merasa orang yang selamat merasa bersalah bahwa dia selamat ketika orang lain tidak atau bersalah tentang perilaku yang dia lakukan untuk bertahan hidup (membunuh orang lain dalam pertempuran, bertahan dalam pemerkosaan, atau tidak menyelamatkan orang lain)
Berikan umpan balik positif kepada klien untuk mengungkapkan perasaan dan berbagi pengalaman; tetap tidak menghakimi klien	Klien mungkin merasa bahwa dia membebani orang lain dengan masalahnya. Penting untuk tidak memperkuat kesalahan yang diinternalisasi klien
Ajari klien dan keluarga atau orang-orang penting tentang perilaku dan perawatan pasca-trauma	Pengetahuan tentang perilaku pasca trauma dapat membantu mengurangi kecemasan atau rasa bersalah dan dapat meningkatkan harapan untuk pemulihan
Bantu klien mempelajari dan mempraktikkan manajemen stres dan teknik relaksasi, ketegangan atau pelatihan pertahanan diri, atau keterampilan lain yang sesuai	Pengalaman traumatis klien mungkin mengakibatkan hilangnya atau penurunan kepercayaan diri, rasa aman, atau kemampuan untuk mengatasi stres
Sebagai toleransi, dorong klien untuk berbagi perasaan dan pengalamannya dalam terapi kelompok, dalam kelompok pendukung yang terkait dengan posttrauma, atau dengan klien lain secara informal	Klien perlu tahu bahwa perasaannya dapat diterima oleh orang lain dan dapat dibagikan. Kelompok sebaya atau kelompok pendukung dapat menawarkan pemahaman, dukungan, dan kesempatan untuk berbagi pengalaman

Jika klien memiliki orientasi keagamaan atau spiritual, rujukan ke anggota kerohanian mungkin tepat	Rasa bersalah dan pengampunan seringkali merupakan masalah agama atau spiritual bagi klien
Dorong klien untuk membuat rencana realistis untuk masa depan, mengintegrasikan pengalaman traumatisnya	Mengintegrasikan pengalaman traumatis dan membuat rencana masa depan adalah langkah-langkah resolusi penting dalam proses kesedihan
Bicarakan dengan klien tentang pekerjaan, stres terkait pekerjaan, dan sebagainya. Rujuk klien ke layanan kesehatan lainnya sesuai kebutuhan	Masalah dengan pekerjaan sering terjadi pada klien dengan perilaku posttraumatic
Bantu klien mengatur terapi lanjutan sesuai kebutuhan	Pemulihan dari trauma mungkin merupakan proses jangka panjang. Terapi tindak lanjut dapat menawarkan dukungan berkelanjutan dalam pemulihan klien
Dorong klien untuk mengidentifikasi hubungan, atau situasi sosial atau rekreasi yang positif di masa lalu	Klien mungkin telah menarik diri dari hubungan sosial dan kegiatan lain setelah trauma; isolasi sosial dan kurangnya minat dalam kegiatan rekreasi umum terjadi setelah trauma
Dorong klien untuk mengejar hubungan masa lalu, minat pribadi, hobi, atau kegiatan rekreasi yang positif di masa lalu atau yang mungkin menarik bagi klien	Klien mungkin enggan untuk menghubungi seseorang yang dekat dengannya, dan mungkin mendapat manfaat dari dorongan untuk melakukannya. Kegiatan rekreasi dapat berfungsi sebagai struktur bagi klien untuk membangun interaksi sosial serta memberikan kesenangan
Dorong klien untuk mengidentifikasi dan menghubungi sumber daya yang mendukung di komunitas atau di pusat informasi layanan kesehatan	Banyak sumber daya komunitas atau Informasi kesehatan yang dapat membantu klien dengan PTSD dan keluarga mereka atau orang lain sebagai pendukung

Analisa Data
<p>Diagnosis keperawatan yang biasa digunakan dalam pelayanan keperawatan akut pada klien yang memiliki PTSD terkait dengan trauma atau pelecehan meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risiko Mencederai Diri</li> <li>• Risiko Bunuh Diri</li> <li>• Coping yang tidak efektif</li> <li>• Respon Pasca Trauma</li> <li>• Harga Diri Rendah Kronis</li> <li>• Ketidakberdayaan</li> </ul> <p>Selain itu, diagnosis keperawatan berikut mungkin berkaitan dengan klien dalam periode yang lebih lama, meskipun tidak semua diagnosis berlaku untuk setiap klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pola Tidur Terganggu</li> <li>• Disfungsi Seksual</li> <li>• Sindrom Pemerksaan-Trauma</li> <li>• Tekanan Spiritual</li> <li>• Isolasi sosial</li> </ul>
Identifikasi Hasil
<p>Hasil yang diharapkan untuk klien trauma atau pelecehan dapat meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien akan aman secara fisik</li> <li>• Klien akan membedakan antara ide-ide mencelakai diri dan mengambil tindakan atas ide-ide itu</li> <li>• Klien akan menunjukkan cara yang sehat dan efektif untuk mengatasi stres</li> <li>• Klien akan mengekspresikan emosi secara tidak konstruktif</li> <li>• Klien akan membangun sistem dukungan sosial di komunitas</li> </ul>
Intervensi
<p>Promosikan Keamanan Klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusikan pikiran mencelakai diri</li> <li>• Bantu klien mengembangkan rencana untuk pergi ke tempat yang aman ketika memiliki pikiran atau impuls yang merusak</li> </ul> <p>Bantu Klien Mengatasi Stres dan Emosi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Validasi perasaan takut klien, tetapi cobalah untuk meningkatkan kontak</li> </ul>

dengan kenyataan

- Selama pengalaman disosiatif atau kilas balik, bantu klien mengubah posisi tubuh, tetapi jangan meraih atau memaksa klien untuk berdiri atau bergerak
- Gunakan sentuhan yang mendukung jika klien meresponsnya dengan baik
- Ajarkan teknik pernapasan dalam dan relaksasi
- Gunakan teknik pengalih perhatian seperti berpartisipasi dalam latihan fisik, mendengarkan musik, berbicara dengan orang lain, atau terlibat dalam hobi atau kegiatan menyenangkan lainnya
- Membantu membuat daftar kegiatan dan menyimpan materi untuk melibatkan klien ketika perasaan klien sangat kuat

Bantu Promosikan Harga Diri Klien

- Rujuk klien sebagai "selamat" daripada "korban."
- Membangun sistem dukungan sosial di masyarakat
- Buatlah daftar orang dan kegiatan di komunitas untuk dihubungi klien ketika dia membutuhkan bantuan

Evaluasi

Hasil pengobatan jangka panjang untuk klien yang selamat dari trauma atau pelecehan mungkin membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk mencapainya. Klien-klien ini biasanya membuat kemajuan bertahap dalam melindungi diri mereka sendiri, belajar untuk mengelola stres dan emosi, dan berfungsi dalam kehidupan sehari-hari mereka. Meskipun klien belajar untuk mengelola perasaan dan tanggapan mereka, efek trauma dan pelecehan bisa sangat luas dan bisa bertahan seumur hidup.

- 1) Diagnosa Keperawatan yang mungkin timbul akibat PTSD menurut Yusuf dkk (2015), yaitu: sindrom pasca trauma, ansietas, ketidakberdayaan, potensial membahayakan diri/orang lain, inefective koping dan berduka.
- 2) Tindakan keperawatan secara generalis yaitu:
  - a) *Behavior management*: membantu klien mengurangi perilaku kasar atau tindakan memutilasi diri sendiri.
  - b) *Coping enhancement*: membantu pasien untuk beradaptasi terhadap stresor, perubahan yang dirasakan, atau ancaman yang mengganggu untuk memenuhi tuntutan hidup dan peran.

- c) *Counseling*: menggunakan proses bantuan interaktif yang memfokuskan pada kebutuhan, masalah atau perasaan pasien, dan juga pada orang yang berarti bagi klien untuk meningkatkan koping, pemecahan masalah dan hubungan interpersonal.
- d) *Financial resources assistance*: membantu individu dan keluarga untuk mengelola keuangan sehingga memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan klien.
- e) *Impuls control training*: membantu pasien untuk mengatasi perilaku impulsif melalui penerapan strategi pemecahan masalah untuk situasi sosial dan interpersonal.
- f) *Security enhancement*: meningkatkan rasa keamanan fisik dan psikologis klien.
- g) *Support system enhancement*: fasilitasi dukungan kepada klien melalui keluarga, teman dan komunitas dengan tindakan dengan cara diskusikan persepsi klien tentang apa yang menyebabkan ansietas, bantu klien mengidentifikasi perasaan yang dialami dan berfokus bagaimana kopingnya, anjurkan klien untuk membuat tulisan tentang perasaannya, faktor yang mencetuskan, perilaku yang berkaitan. bantu klien untuk mengidentifikasi faktor jika mulai terjadi perasaan tidak berdaya dan hilangnya pengendalian diri, gali tindakan yang dapat digunakan klien selama periode stres (napas dalam, meninjau situasi, menyusun ulang).ingkatkan keterlibatan dalam program latihan/aktivitas dan olahraga, evaluasi adanya destruktif diri atau perilaku

## 2. Hubungan Bencana Alam Gempa Bumi dengan PTSD

Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) mendefinisikan bahwa gempa bumi merupakan getaran atau guncangan yang terjadi di permukaan bumi yang disebabkan oleh tumpukan antar lempeng bumi, patahan aktif, aktivitas gunung api atau runtuh batuan (BNPB, 2019).

Sebagai peristiwa yang mengancam dan mengakibatkan penderitaan, gempa bumi dapat menyebabkan beberapa dampak baik bagi individu ataupun komunitas. Yuwanto dkk (2018) bencana gempa bumi dapat menyebabkan beberapa dampak sebagai berikut:

a. Gangguan Psikologis

Beberapa masalah psikologis yang dapat terjadi antara lain stres, trauma, masalah kesulitan tidur, kebosanan, dan beberapa masalah lain. Individu yang biasanya tidak mengalami masalah psikologis setelah mengalami bencana memiliki karakteristik memiliki fungsi psikologis yang baik, memiliki dukungan sosial, memiliki kemampuan menghadapi dan menyelesaikan permasalahan-permasalahan sebagai dampak bencana, memiliki kemampuan untuk kembali ke kondisi sebelum mengalami bencana (*Australian Psychological Society*, 2011).

b. Mengancam keselamatan jiwa

Bencana merupakan kejadian yang memberikan ancaman terutama keselamatan. Ancaman keselamatan jiwa menjadi lebih tinggi apabila terdapat tingginya potensi terjadinya ancaman bencana dan kurangnya kemampuan individu atau masyarakat dalam menghadapi bencana.

c. Kehilangan harta benda

Dampak bencana alam adalah rusaknya lahan pertanian, rumah tempat tinggal, ataupun harga benda yang lain.

d. Kehilangan mata pencaharian

Pasca mengalami bencana, beberapa orang yang kehilangan mata pencaharian dan tidak memiliki keahlian lain selain keahlian yang dimiliki sesuai dengan mata pencaharian sebelumnya akan bekerja apa adanya yang terpenting dapat pekerjaan untuk menghidupi diri dan anggota keluarga apabila memiliki tanggungan keluarga. Namun banyak juga yang akhirnya memilih untuk menganggur karena tidak memiliki pekerjaan.

e. Kesulitan memenuhi kebutuhan hidup

Kebutuhan hidup tidak hanya makan, minum, dan rumah tetapi juga kebutuhan hidup yang lain yaitu menjalin relasi dengan orang lain. Sindrom korban bencana menggambarkan bahwa korban bencana lebih banyak menghabiskan waktu dan kesempatan untuk memikirkan efek dari bencana yang dialami dan ketidakpercayaan mengalami bencana dibandingkan dengan segera memikirkan langkah atau rencana ke depan yang masih bisa dilakukan dalam kondisi keterpurukan.

f. Adanya beban tertentu pada masyarakat tertentu

Dampak bencana alam tidak hanya memberikan beban pada masyarakat yang mengalami bencana alam secara langsung. Namun juga berdampak bagi masyarakat yang tidak mengalami bencana alam. Dengan adanya lokasi pengungsian atau hunian sementara di daerah bencana akan menyebabkan beban, misalnya beban biaya hidup pengungsi yang juga akan ditanggung karena adanya perilaku prososial didasarkan pada relasi sosial dan norma membantu orang lain yang mengalami kesusahan.

g. Perubahan pola produksi masyarakat

Pola produksi masyarakat dapat bergeser sesuai dengan ketersediaan bahan atau pola produksi yang ada pasca bencana. Masyarakat yang awalnya menjadi petani karena lahan pertanian yang subur, kemudian menjadi pedagang atau pola produksi yang lain karena kerusakan lahan pertanian akibat bencana alam yang terjadi.

h. Meningkatnya perilaku kriminal

Kesulitan hidup yang terjadi akibat bencana seperti kehilangan harta benda, kehilangan mata pencaharian, dan kehilangan sumber daya lingkungan yang memiliki fungsi ekonomis dapat menjadi penyebab meningkatnya perilaku kriminal. Perilaku ini tidak hanya dilakukan oleh para korban bencana alam namun juga mereka yang tidak mengalami, dan terdapat perbedaan motifnya. Korban bencana alam melakukan perilaku kriminal karena tekanan hidup yang dialami

akibat bencana alam sedangkan mereka yang tidak mengalami memiliki motif mencari keuntungan di tengah kesulitan orang lain. Beberapa dari mereka memanfaatkan kondisi panik karena isu-isu bencana yang tidak jelas.

i. Perubahan dinamika keluarga

Keluarga yang biasanya memiliki fungsi pemberi dukungan sosial, pemecah masalah, fungsi afeksi, dan pembimbing biasanya akan mengalami perubahan fungsi akibat bencana alam. Terlebih apabila terdapat kondisi salah satu atau beberapa anggota keluarga menjadi korban dalam bencana. Anggota keluarga yang biasanya memiliki atau menjadi fungsi tertentu tidak dapat menjalankan fungsinya atau tidak ada lagi anggota keluarga yang memiliki peran atau fungsi sebelum bencana. Perubahan dinamika keluarga juga dapat disebabkan adanya anggota keluarga baru yang masuk ke dalam struktur keluarga lama setelah mengalami bencana.

j. Mengganggu kemampuan komunitas dalam memberikan pelayanan

Dalam masyarakat terdapat fungsi yang dijalankan setiap individunya sehingga apabila kemampuan atau fungsi individu terganggu setelah mengalami bencana alam maka secara tidak langsung akan mengganggu kemampuan komunitas dalam memberikan pelayanan. Demikian halnya pelayanan pemerintahan administrasi masyarakat dan pelayanan kesehatan karena sarana dan prasarana sudah tidak memadai.

k. Perubahan pranata atau sistem sosial masyarakat

Dalam masyarakat setelah bencana bisa terjadi perubahan atau pergantian kepemimpinan sehingga tidak harus pemimpin lama tetap menjadi pemimpin. Individu yang menjadi pemimpin pasca bencana biasanya memiliki solusi untuk mengatasi dampak atau masalah-masalah yang timbul dalam kelompok dan memiliki kredibilitas yang dapat dipercaya masyarakat.

### 1. Kesatuan masyarakat terganggu

Akibat hilangnya mata pencaharian, hilangnya lahan produksi, hilangnya anggota keluarga dapat menyebabkan masing-masing individu berusaha hidup untuk dirinya sendiri. Namun, tidak selalu bencana alam membuat kesatuan masyarakat terganggu karena beberapa bukti dengan bencana memberikan hikmah membuat kesatuan masyarakat menjadi lebih kuat untuk bersama bangkit seperti sebelum kondisi mengalami bencana. Bencana alam yang menyebabkan kesatuan masyarakat terganggu dicirikan oleh masyarakat yang mengalami bencana alam luar biasa, antara anggota masyarakat saling memberikan beban atau ancaman kepada anggota masyarakat lain (tidak harmonis), dan adanya tekanan psikologis yang sangat tinggi.

### 3. Respon Seseorang Terhadap Bencana

Marsella & Christopher (2004) respon manusia terhadap fenomena alam tidak lepas dari kultur dimana mereka hidup. Kultur atau budaya dapat dipahami sebagai berbagai makna dan perilaku yang dipelajari dan diteruskan secara lintas generasi dengan tujuan untuk berkembang dan beradaptasi. Respon ini juga dipengaruhi oleh persepsi oleh masing-masing individu atau masyarakat. Sementara Sabir & Phil (2016) menyebutkan bahwa persepsi masyarakat mengenai bencana tidak lepas dari hubungan antara diri mereka sebagai manusia dengan alam. Cara-cara mereka menjelaskan bencana alam berhulu pada paradigma relasi diri mereka dengan alam yang kemudian bermuara pada respon-respon mereka terhadap bencana yang terjadi. Terdapat tiga pola relasi manusia dengan alam yaitu paradigma bahwa manusia berkedudukan lebih tinggi dari alam, paradigma memandang alam sebagai eksistensi yang sejajar dengan diri manusia dan paradigma alam berkedudukan lebih tinggi dari manusia. Manusia dipandang sepatutnya patuh dan pasrah atas fenomena alam, termasuk pada keberadaan hasil alam, oleh karena fenomena tersebut berada di luar kendali manusia. Dengan kata lain, kehidupan manusia bersifat tergantung pada alam di mana mereka berada.

Yuwanto dkk (2018) mengemukakan suatu perspektif yang bersifat universal mengenai perilaku individu dan komunitas dalam merespon setiap tahapan situasi pasca terjadinya bencana, baik bencana sosial, bencana alam, maupun bencana non alam. Perilaku ini dibagi dalam 4 tahap yaitu:

- a. Fase *heroic*, menunjukkan kepedulian bagi penyintas yang umumnya dapat dilihat dalam bentuk perilaku berbagai pihak khususnya disaat tersebar informasi mengenai bencana alam
- b. Fase *Honeymoon*, tahapan dimana kenyamanan telah dirasakan oleh penyintas oleh karena banyaknya bantuan atau dukungan yang telah hadir, namun perilaku ini durasinya hanya bersifat sementara
- c. Fase *Disillusionment*, pada tahap ini ketidaknyamanan dialami oleh penyintas dalam melakukan aktivitas karena sudah berkurangnya bantuan dan dukungan sosial yang diterima. Penyintas mulai merasakan tidak mudah kembali ke kondisi semula seperti sebelum bencana terjadi
- d. Fase Rekonstruksi, fase ini merupakan fase kritis dimana penyintas menyasati diri dan lingkungannya untuk dapat kembali menjalankan fungsi-fungsi kehidupan seperti kehidupan sebelum terjadi bencana. Upaya untuk bangkit melakukan rekonstruksi ini disebut juga resiliensi atau ketahanan diri.

#### 4. PTSD Pasca Bencana di Kalangan Perawat

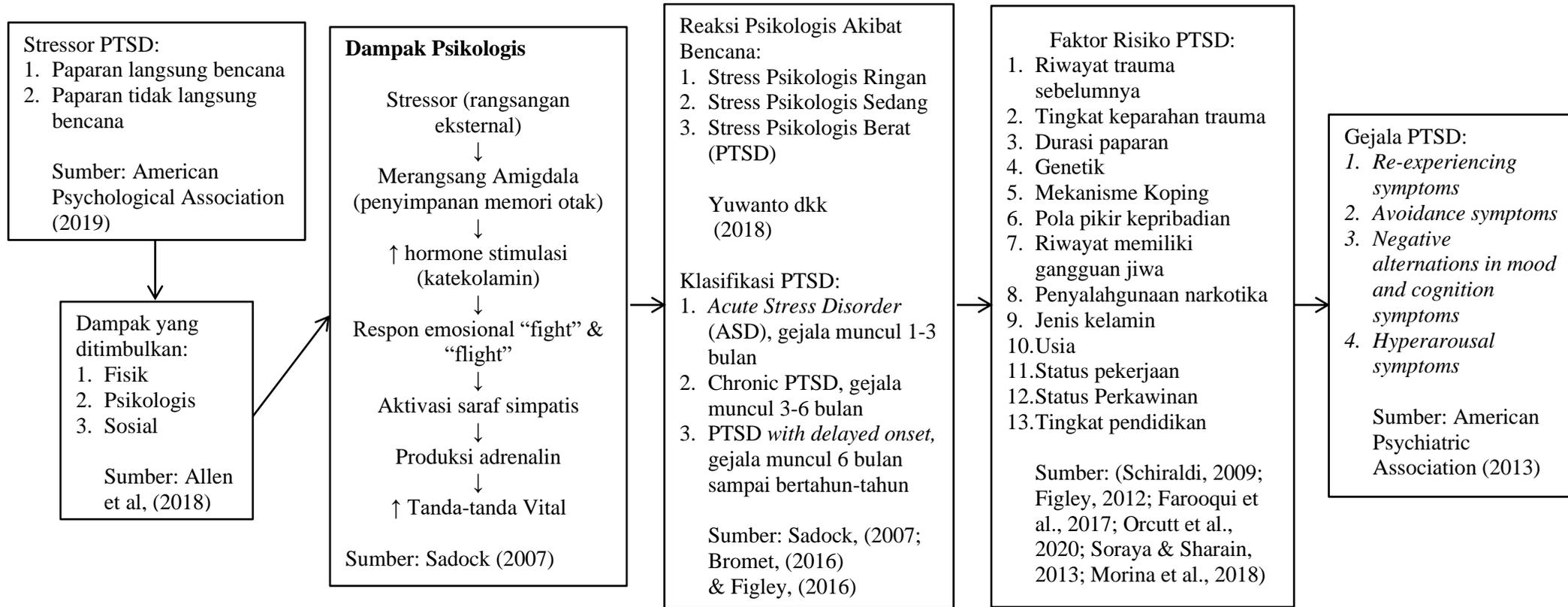
Penelitian tentang trauma pasca bencana telah banyak difokuskan terutama pada konsekuensi paparan, sedangkan sedikit yang diketahui tentang distribusi paparan trauma di seluruh dunia atau tentang siapa yang paling rentan terhadap paparan. Sebuah *systematic review* dan *meta analisis* pada 46 artikel penelitian yang dilakukan di seluruh dunia dengan jumlah sampel keseluruhan sebanyak 76.101 orang yang selamat dari gempa bumi, menemukan 17.706 orang mengalami PTSD. Kejadian gabungan PTSD di antara korban yang didiagnosis pada tidak lebih dari 9 bulan setelah gempa adalah 28,76%, sedangkan untuk korban yang didiagnosis pada lebih dari sembilan bulan setelah gempa adalah 19,48%.

Tingkat heterogenitas yang tinggi ( $I^2 = 99,5\%$ ,  $p < 0,001$ ) diamati dalam hasil, dengan kejadian mulai dari 1,20 hingga 82,64%. Analisis subkelompok menunjukkan bahwa kejadian PTSD setelah gempa bervariasi secara signifikan di seluruh studi dalam kaitannya dengan waktu penilaian PTSD, jenis kelamin, tingkat pendidikan, kerusakan rumah seseorang, berkabung, cedera tubuh dan menyaksikan kematian. Tidak dilaporkan jenis populasi masyarakat dalam studi ini (Dai et al., 2016).

Perawat merupakan salah satu populasi yang ada di masyarakat yang menjadi penyintas bencana gempa bumi. Di kalangan perawat telah dilakukan beberapa penelitian berkaitan dengan pekerjaan perawat seperti studi (Matsumoto, K., Sakuma, A., Ueda, I., Ayami, N., & Takahashi, 2015; Ke et al., 2017; Zhen et al., 2012 dan Nishi et al., 2016) mengungkapkan perawat yang bekerja sebagai petugas lapangan saat krisis bencana cenderung menderita tekanan psikologis karena pekerjaannya.

Saat ini masih kurang penelitian terkait dampak langsung dari bencana gempa bumi khusus di kalangan perawat sebagai penyintas bencana. Beberapa penelitian hanya berfokus pada kejadian PTSD pada perawat berdasarkan bidang pekerjaan, misalnya perawat yang bekerja di ruang gawat darurat, ruang intensif dan perawat yang bekerja sebagai tim petugas lapangan saat bencana. Para peneliti melaporkan bahwa perawat adalah salah satu kelompok tanggap darurat terbesar selama bencana dan berisiko terhadap masalah psikososial yang mungkin memerlukan intervensi untuk membantu mereka menghadapi paparan bencana (Stangeland, 2016)

### C. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori PTSD